VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 37)
z dnia 25 lipca 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 37)

25 lipca 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Jarosława Katulskiego (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, opiniowała:

– projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.

– sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jakub Szulc** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Anna Napiórkowska** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów, **Agnieszka Pachciarz** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Michał Kozik** przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Renata Górna** i **Jerzy Sokołowski** przedstawiciele Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" oraz **Wojciech Nowak** przedstawiciel Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** – Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Czas rozpocząć kolejne posiedzenie Komisji Zdrowia. Chciałbym przywitać na naszym dzisiejszym posiedzeniu Komisji zdrowia przede wszystkim panie i panów posłów, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia z panią prezes – z naszej strony gratulacje za wybór na to stanowisko, aczkolwiek pewnie kierowanie tą instytucją nie będzie łatwe w sytuacji, w jaką wchodzimy. Witam zaproszonych gości.

Proszę państwa, w dzisiejszym porządku mamy dwa punkty. Pierwszy, to zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013, drugi – zaopiniowanie sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011. Krótkie wyjaśnienie, dlaczego w trybie ekstraordynaryjnym. Otóż, takie są podstawy ustawowe, że Komisja Zdrowia musi wydać opinię, zarówno, jeśli chodzi o projekt planu finansowego, jak i sprawozdanie z wykonania planu finansowego w terminie dwóch tygodni od zgłoszenia.

Jeśli chodzi o sprawy planu finansowego, mamy do czynienia z taką praktyką, że plan finansowy zawsze jest sygnowany 15 lipca – i z tego, co pamiętam, nigdy nie było inaczej – po to, żeby Komisja miała jak najmniej czasu, żeby się z nim zapoznać, i zawsze trafia wieczorem czy po południu. Myślę, że kiedyś ta praktyka będzie zmieniona, ale do tej pory jest to praktyka normalna. W związku z tym, albo musi być zwołane ekstraordynaryjne posiedzenie Sejmu, jeżeli są już wakacje, albo trzeba to robić w takim trybie. Podobnie ma się sytuacja z przyjęciem sprawozdania z wykonania planu finan-

sowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok poprzedni. Też musimy wydać opinię w dwutygodniowym terminie od daty wpływu. A jako że oba druki wpłynęły mniej więcej w tym samym czasie, podjąłem decyzję, żeby dzisiejszy porządek uzupełnić o punkt – zaopiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, zaproponowałbym, abyśmy najpierw omówili jednak sprawę wykonania planu finansowego, bo pewnie państwo będą się odnosić do przeszłości, a później byśmy podyskutowali – oczywiście, najpierw wysłuchali – o projekcie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013. Myślę, że dobrze by było te dwa punkty połączyć w ten sposób, abyśmy najpierw przeprowadzili dyskusję łączną, ponieważ pewnie będą porównania nadwykonań – zawsze tak jest – i różnych spraw dotyczących wykonania planu, w odniesieniu do roku bieżącego i przyszłości, a na koniec przyjmiemy określone opinie, które dotyczą zarówno sprawozdania, jak i projektu, i stanowią integralny dokument Komisji.

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że taki program przyjęliśmy. Sprzeciwu nie słyszę. W związku z tym, proszę panią prezes o przestawienie Komisji sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011. Przypominam, że państwo mają to sprawozdanie przed sobą. Trafiło ono do nas, i jest sygnowane, w dniu 20 lipca. Proszę bardzo.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, dziękujemy za możliwość przybycia tu dzisiaj i przedstawienia w ustawowych terminach obu tych dokumentów. Pozwolą państwo, że zaproponujemy taki tryb pracy. Jako że jestem w Funduszu od niedawna, ale oczywiście w prace nad oboma dokumentami byłam zaangażowana. Jestem tu wspólnie z panem prezesem Teterem. Podzieliliśmy się na dziś pracą w ten sposób, że pan prezes przedstawi sprawozdanie za rok 2011, ja – plan na 2013 r., a pan dyrektor Jarnutowski, szef naszych finansów – oczywiście, jeśli państwo się zgodzą – uzupełni nasze wypowiedzi. Proszę bardzo, panie prezesie, jeśli mogę pozwolić.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Oczywiście, pani prezes, jest pani uprawniona do tego, żeby przedstawiać sprawozdanie i plan finansowy, i pani desygnuje swoich współpracowników. To jest normalna praktyka. Rozumiem, że teraz zabierze głos pan prezes Teter. Proszę bardzo.

Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia wynika z art. 130 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ust. 1 mówi o tym, że prezes Narodowego Funduszu Zdrowia sporządza sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego w ciągu sześciu miesięcy od zakończenia roku, którego dotyczy. Ust. 2 mówi o tym, że Rada Narodowego Funduszu Zdrowia przyjmuje sprawozdanie w terminie 15 dni od przedstawienia sprawozdania, a ust. 3, że sprawozdanie podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i komisji sejmowych – Komisji Zdrowia oraz Komisji Finansów Publicznych.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia zostało przygotowane zgodnie z uregulowaniami ustawy, o której wspominałem. Niniejsze sprawozdanie obejmuje omówienie realizacji w roku 2011 poszczególnych elementów planowanych przychodów oraz kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Planu finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 r., i jego zmiany, wyglądały następująco. Plan został sporządzony zgodnie z uregulowaniami art. 201 i 121 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie prognozy przychodów Funduszu na lata 2011-2013, prognozy kosztów Funduszu na lata 2011-2013, na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazanych przez dyrektorów oddziałów oraz projekt planu finansowego centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, które to plany finansowe zo-

stały razem zatwierdzone 13 sierpnia 2010 r. przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów. W zatwierdzonym 13 sierpnia 2010 r. planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanym dalej planem pierwotnym, wartość planowanych przychodów Funduszu ogółem wyznaczono na poziomie 108,8% planowanych wartości przychodów w 2010 r., wyznaczonych w planie finansowym Funduszu na 2010 r., zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, w dniu 16 grudnia 2010 r., zaś wartość przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania, równej przypisowi składek przekazywanych do Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, ustalono na poziomie 109,1% wartości przychodów ze składek określonych w planie finansowym Funduszu na 2010 r. Przypomnę, że na przychody Funduszu, zgodnie z art. 116 ustawy, składają się przede wszystkim: składki na ubezpieczenie zdrowotne – składki bieżące i z lat ubiegłych; przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; dotacje z budżetu państwa na realizację zadań ratownictwa medycznego; pozostałe przychody i przychody finansowe.

Źródłem finansowania powyższych zmian planu finansowanego na 2011 r., o których wspomniałem, były w szczególności środki pochodzące: z uruchomienia rezerwy ogólnej; ze zwiększenia wartości składki należnej brutto w roku planowania, równej przypisowi składki przekazanej za pośrednictwem KRUS; z uzyskanych w trakcie roku ponadplanowych przychodów finansowych; z dotacji budżetu państwa na realizację zadań wymienionych w ustawach o wychowaniu w trzeźwości, o chorobach psychicznych, o chorobach zakaźnych i o Kracie Polaka oraz z funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia. W wyniku dokonanych zmian planu finansowego na 2011 r., łączny budżet przychodów Funduszu został zwiększony o 385.650 tys. zł, to jest o 64%, w tym przychody ze składki należnej brutto o 18.506 tys. zł, to jest o 0,03%, i zwiększenie kosztów ogółem Funduszu o 1.242.247 tys. zł, to jest o 2,07%, w tym plan kosztów świadczeń zdrowotnych o 1.640.656 tys. zł, czyli o 2,9%. Wartość przychodów ogółem zrealizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2011 wyniosła 60.723.158 tys. zł i stanowiła 100,42% wartości planowanej, a uzyskana dynamika przychodów, w odniesieniu do ich wartości w roku 2010, wyniosła 105,45%.

Struktura zrealizowanych przychodów ogółem Narodowego Funduszu Zdrowia kształtowała się następująco. Oczywiście największe przychody otrzymujemy ze składki bieżącej. Takowe były i wynosiły 95,9%. Przychody z dotacji budżetowej na ratownictwo medyczne – 2,9%, środki pochodzące z koordynacji systemów zabezpieczenia – 0,19% i składki z lat ubiegłych – 0,23%. Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne obejmowały – tak, jak podkreśliłem – przychody ze składek bieżących, które wynosiły 58.238.309 tys. zł oraz przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 140.411 tys. zł.

Zgodnie z informacją przekazaną przez ZUS i KRUS, w 2011 r. przychody brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowane zostały w łącznej wysokości 58.378.720 tys. zł i objęły przychody ze składek dotyczących roku bieżącego w wysokości 58.238.309 tys. zł oraz przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 140.410 tys. zł i były wyższe od wielkości planowanej o 233.866 tys. zł, czyli o 0,4%, a uzyskana dynamika przychodów rok do roku, czyli w odniesieniu do roku 2010, wyniosła 105,69%, to o jest 3.141.145 tys. zł więcej od zrealizowanych w roku 2010.

Na pozostałe elementy przychodów Funduszu składały się: przychody wynikające z przepisów o koordynacji; dotacje z budżetu państwa; dotacja z budżetu państwa na zadania zespołów ratownictwa medycznego; pozostałe przychody i przychody finansowe. Łącznie z tych pozostałych elementów Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał 2.344.438 tys. zł. Ich łączny udział w przychodach ogółem Funduszu wynosił 3,86%.

Przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zostały zrealizowane w wysokości 117.883 tys. zł, co stanowiło 116% wielkości planowanej. Dynamika przychodów wynikających z przepisów o koordynacji, w odniesieniu do ich wartości w roku 2010, wyniosła 143%.

Dotacje z budżetu państwa z tytułu realizacji zadań z ustaw, o których wspominałem – o wychowaniu w trzeźwości, o chorobach psychicznych, o chorobach zakaźnych i o Karcie Polaka – wynikające z poziomu realizacji świadczeń, wyniosły łącznie 226.440 tys. zł, co stanowiło 105,68% wartości planowanej, to jest o 12.173 tys. zł więcej niż planowano.

Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosła 1.758.946 tys. zł, co stanowiło 98,37% wartości planowanej.

Pozostałe przychody wniosły 94.660 tys. zł, co stanowiło 104,58% wartości planowanej – w tym, jak państwo pamiętają, są darowizny i zapisy otrzymane oraz umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie, co razem wyniosło 208 tys. zł.

Przychody finansowe, które są następnym składnikiem przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, w wysokości 146.957 tys. zł, stanowiły 111% wartości planowanej.

Następnym elementem planu finansowego – wykonania planu – są koszty Narodowego Funduszu Zdrowia. Przypomnę, że zgodnie z art. 117 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, składają się na to przede wszystkim koszty świadczeń opieki zdrowotnej, ponadto planowany odpis aktualizujący składkę należną, koszty poboru i ewidencjonowania składek, obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, koszty administracyjne, koszty finansowe i koszty pozostałe.

Wartość kosztów ogółem zrealizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2011 wyniosła 60.923.072 tys. zł i stanowiła 99,34% wartości planowanej, zaś uzyskana dynamika kosztów, w odniesieniu do ich wartości w roku 2010, czyli rok do roku, wyniosła 102,69%. Koszty roku 2011 były wyższe od poniesionych w 2010 r. o 1.597.322 tys. zł. Jak wspomniałem, zasadniczym elementem kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia są koszty świadczeń opieki zdrowotnej, których udział w kosztach ogółem w 2011 r. – o czym wspominałem wcześniej – wyniósł 95,57%.

Na podstawie prognozy kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2011-2013 oraz projektów planów finansowych przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, wartość ustalonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ustalonych w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2011 r. wyznaczono w łączne wysokości na 56.663.995 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu na kwotę 56.241.540 tys. zł.

W trakcie roku 2011, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia kierował do oddziałów wojewódzkich dodatkowe środki finansowe z przeznaczeniem na zwiększenie planu finansowego świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku dokonywanych zmian planu finansowego, ustalona pierwotnie na 2011 r. wartość kosztów świadczeń zdrowotnych Funduszu została zwiększona łącznie o 1.640.656 tys. zł, w tym, w oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia, zwiększenie to wyniosło 1.737.847 tys. zł i w ostatecznym planie Funduszu, czyli na koniec roku 2011, wartość ta osiągnęła 58.304.651 tys. zł.

Źródłem finansowania tych wzrostów w 2011 r., głównie świadczeń opieki zdrowotnej, były środki pochodzące: z uruchomienia części środków finansowych ujętych w funduszu zapasowym Funduszu, związanych z rozdysponowaniem zysku netto Funduszu na lata 2005-2008, w łącznej wysokości 856.897 tys. zł, w zmianach planu finansowego na 2011 r., przyjętych zarządzeniami prezesa dwukrotnie w sierpniu 2010 r.; z uruchomienia rezerwy ogólnej w łącznej kwocie 580.013 tys. zł; ze zwiększenia planowanej na 2011 wartości składki należnej brutto w roku planowania, przekazanej za pośrednictwem Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w łącznej wysokości 141.581 tys. zł; z dotacji budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ustawy, to jest o 159.356 tys. zł. W wyniku dokonanych zmian planowanej na 2011 r. wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, uzyskano wzrost planowanych nakładów na świadczenia łącznie o 2,9% w stosunku do ujętych w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2011 r., w tym w oddziałach Funduszu o 3,09%.

Poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 201 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły de facto 58.224.321 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 80.330 tys. zł oraz wyższe od poniesionych w 2010 r. o 1.580.410 tys. zł, to jest o 2,79%.

Prowadzone w trakcie 2011 r. renegocjacje wartości kontraktów ze świadczeniobiorcami oraz dokonywana w planach oddziałów Funduszu alokacja dodatkowych środków finansowych kierowanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu w kolejnych zmianach planu finansowego, ukierunkowane były w szczególności na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych w tych obszarach, w których występowało na nie największe zapotrzebowanie, a także na realizację wyznaczonych przez Fundusz kierunków zmian w zakresie kształtowania struktury rodzajowej świadczeń opieki zdrowotnej. Największą dynamikę poniesionych w 2011 r. kosztów świadczeń zdrowotnych, w stosunku do ich wykonania w 2010 r., odnotowano głównie: w kosztach realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji – to jest wzrost o 40,35%, czyli o 92.270 tys. zł, w porównaniu z 2010 r., w kosztach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu – wzrost o 12,21%. Analogicznie jak w roku 2010, największy udział w kosztach świadczeń miały koszty: leczenia szpitalnego – 47,32%; refundacji leków – 15,17%; podstawowej opieki zdrowotnej – 12,6%.

Pozostałymi elementami kosztów Funduszu poniesionymi przez Fundusz w 2011 r. były koszty wynoszące ogółem 4,43%. Objęły one: koszty poboru i ewidencjonowania składek; koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego; koszty administracyjne; pozostałe koszty i koszty finansowe.

Jaki wynik finansowy Narodowy Fundusz Zdrowia uzyskał w roku 2011? Na koniec 2011 r. odnotowano ujemy wynik finansowy w łącznej wysokości 199.914 tys. zł, który objął wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu, których łączna wartość wyniosła minus 454.952 tys. zł oraz wynik finansowy Funduszu, który był dodatni, i wyniósł 255.388 tys. zł.

Poziom wyniku finansowego był konsekwencją, w szczególności: wyższej niż planowano realizacji przychodów ze składek brutto, zarówno przekazywanych przez ZUS, jak i przez KRUS, łącznie o 233.866 tys. zł; niepełnej realizacji łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, wynoszących 80.330 tys. zł; zwiększenia, w trybie art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – jest to istotne – planów oddziałów wojewódzkich jedynie po stronie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego, w łącznej wysokości 856.897 tys. zł, dopuszczając tym samym możliwość niezbilansowania poniesionych kosztów z uzyskanymi przychodami, w kwocie nie większej niż środki zgromadzone w funduszu zapasowym, o czym jest mowa w art. 118 ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej.

Pozostałe czynniki kształtujące poziom wyniku finansowego Funduszu w roku 2011, to wyższa niż planowano realizacja: przychodów wynikających z przepisów o koordynacji – o 16.883 tys. zł; przychodów z dotacji budżetu państwa na realizację zadań wynikających z art. 97; wyniku pozostałej działalności – o 174.280 tys. zł; wyniku działalności finansowej – o 77.958 tys. zł; niższa niż planowano realizacja kosztów administracyjnych – o 61.609 tys. zł.

Kończąc, chciałbym państwu posiedzieć, że sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r. zostało zbadane przez zewnętrzną firmę audytorską. Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, uchwałą z dnia 28 czerwca, przyjęła wyżej wymienione sprawozdanie i dodatkowo Minister Finansów, po zasięgnięciu opinii Ministra Zdrowia, na podstawie art. 128 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, biorąc pod uwagę opinię i raport z badania łącznego sprawozdania przeprowadzonego przez audytora zewnętrznego, zatwierdził w dniu 29 czerwca łączne sprawozdanie – to nie to sprawozdanie, o którym mówię – za 2011 r.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, proszę o wydanie opinii na temat sprawozdania rocznego z wykonania planu finansowego Funduszu za rok 2011 r. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy będą konieczne jakieś uzupełnienia? To jest pytanie do pani prezes. Jednocześnie witam pana ministra, który przybył na nasze posiedzenie. Czy są

potrzebna uzupełnienia, czy możemy przejść do omówienia drugiego punktu, czyli projektu planu finansowego?

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

W tej części, nie. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, przejdziemy do omówienia projektu planu.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo o przedstawienie Wysokiej Komisji planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zwracamy się, na podstawie art. 121 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o zaopiniowanie przedłożonego projektu planu finansowego na 2013 r. Plan ten został sporządzony na podstawie prognozy przychodów i prognozy kosztów na lata 2013-2015 oraz projektów planów finansowych przekazanych przez dyrektorów oddziału Funduszu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej przez NFZ.

Odnośnie do podstaw przygotowania projektu warto też wskazać, że przychody i koszty zostały określone na podstawie wskaźników makroekonomicznych, które są przekazywane przez Ministerstwo Finansów, zgodnie z przyjętymi do projektu ustawy budżetowej na 2013 r., w tym zaktualizowane wskaźniki na 2012 r. Istotnym elementem, na podstawie którego przygotowany jest plan, jest także art. 18 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który określa zasady podziału środków między oddziały, zgodnie z obowiązującym od 2009 r. algorytmem i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2009 r. w tej sprawie.

Myślę, że bardzo istotną informacją obrazującą całość sprawy jest fakt, że planowane na rok 2013 przychody i koszty Narodowego Funduszu Zdrowia wynoszą ogółem 67.027.190 tys. zł, co oznacza nominalny wzrost, w stosunku do 2012 r. – do planu pierwotnego, bo do tych planów się odnosimy – o ponad 2.500.000 tys. zł, a co stanowi 3,91%. Jest to wzrost nominalny, natomiast realny wzrost przychodów – mają to państwo przedstawione w przesłanych materiałach – wynosi 1,13%.

Najistotniejszym elementem przychodów – jak wiemy – są planowane składki na ubezpieczenie zdrowotne, które w przedstawionym planie wynoszą 64.597.568 tys. zł i stanowią 96,28% przychodów ogółem. Nastąpił wzrost w stosunku do bieżącego roku 2012 o kwotę 2.300.000 tys. zł, co stanowi 3,85% wzrostu między tymi dwoma latami.

Planowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, czyli najistotniejszy nasz koszt, wynosi 63.270.129 tys. zł, co stanowi wzrost od 2012 r. o ponad 2.300.000 tys. zł, czyli 3,83%. Planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej stanowią 94,39% kosztów ogółem, ale, co jest istotne, bez dotacji na ratownictwo medyczne, która jest naszą najpoważniejszą dotacją, natomiast razem z tą dotacją na ratownictwo medyczne koszty świadczeń opieki zdrowotnej stanowią 97,14% kosztów ogółem.

Jeśli chodzi podział środków w planie zaproponowany przez dyrektorów oddziałów, zgodnie z ustawą, dyrektorzy oddziałów kierowali się wytycznymi opracowanymi przez centralę Funduszu. Przedstawię państwu pokrótce najistotniejsze elementy tych wytycznych, ponieważ one jakby obrazują kierunki działania i charakter tego planu.

Po pierwsze, podstawowa wytyczna, to zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów, co wynika przede wszystkim z samej ustawy – są tam określone rodzaje świadczeń – a także z rozporządzeń „koszykowych”. Po drugie, realizacja zwartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, bo – jak wiemy – w różnych okresach kończy się kontraktowanie w różnych oddziałach i dyrektorzy są zobowiązani w swoich planach uwzględnić te elementy oraz zasady kontraktowania wynikające z ustawy.

Kolejny ważny element wytycznych, to kwestia realizacji ustawy o refundacji leków i w zakresie całkowitego budżetu na refundację, której zarówno centrala, jak i oddziały, są zobowiązane przestrzegać.

Kolejny element – rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych. Bardzo ważny element, modyfikowany historycznie przez Fundusz. Obecnie ten element jest na dość dobrym poziomie rozwoju. W tym przypadku także dyrektorzy określają swoje potrzeby i wydatki w tym zakresie.

Poza tym, istotnym elementem wytycznych są ewentualne zmiany finansowania niektórych rodzajów świadczeń. Na najważniejsze chciałabym zwrócić uwagę Komisji i wskazać je. Po pierwsze – ambulatoryjna opieka zdrowotna, gdzie wzrost jest wyższy od przeciętnego wzrostu przychodów i kosztów w tym planowanym okresie, bo o 4,34% w stosunku do 2012 r., co wynika z faktu, że mamy zmodyfikowany system rozliczeń w AOS-ie, oparty na jednorodnych grupach pacjentów, który chcemy rozwijać i modyfikować. To też zostało w planie uwzględnione.

Drugi element, jeżeli chodzi o rodzaje świadczeń, na które kładziemy szczególny nacisk, to opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – wzrost o 4,80%. Realizujemy tu zadania z Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego i Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. T elementy w planach oddziałów i w planach centrali są ujęte.

Rehabilitacja lecznicza – także widoczny wzrost procentowy 6,6% w stosunku do ubiegłego planu, czyli bieżącego roku. W zakresie rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej, opartej obecnie na grupach JPG – jak państwo zapewne pamiętają – zmieniono system rozliczania. Planujemy takie prace w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej i pulmonologicznej – stąd potrzeba uwzględnienia tego w planie na 2013 r.

Poza tym widoczny jest wzrost w leczeniu uzdrowiskowym o 5,83%, co wynika ze zmienionych już w bieżącym roku cen na jednostki rozliczeniowe, w zakresach dedykowanych dzieciom – myślę, że to jest bardzo istotny element. Ten wzrost jest ukierunkowany także na skrócenie okresu oczekiwania na to leczenie. Programy profilaktyczne – wzrost o prawie 9%. I świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – tu też widzieliśmy problem – wzrost o 9,38%.

Z uwagi na prognozowaną ilość pacjentów objętych dializoterapią oraz w zakresie leczenia spazmatyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, w rodzaju świadczeń kontraktowanych oddzielnie przewidujemy wzrost. Jak państwo mają przestawione w materiałach, we wszystkich rodzajach świadczeń planujemy wzrosty. Procentowo są one zróżnicowane, ale wszędzie jest wyraźnie widoczny wzrost. Dla zobrazowania powiem jeszcze, że w rodzaju leczenie szpitalne nastąpił wzrost o ponad 4%, co w przypadku kwot przeznaczonych na leczenie szpitalne daje o 1.067.000 tys. zł więcej. Istotnym także elementem, oprócz już wspomnianych wcześniej, jest wzrost środków na leczenie paliatywne i opiekę hospicyjną, przekraczający 8%.

W wytycznych uwzględniliśmy kierunki rozwoju i zidentyfikowane potrzeby, których naturalnie jest więcej, ale trzeba było w tym zakresie wybrać kierunki rozwoju. Myślę, że opieka paliatywna i hospicyjna też do takich należy i prawie 9-procentowy wzrost jest w tym zakresie wskazany.

O szczegóły i uzupełnienie mojej wypowiedzi poproszę pana dyrektora Jarnutowskiego.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ Dariusz Jarnutowski:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, chciałbym przedstawić dodatkowe informacje o pozostałych elementach, zarówno po stronie przychodów, jak i kosztów, przedstawionych w projekcie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013.

Po stronie przychodów, oprócz tych, o których wspomniała pani prezes, dotyczących przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, znajdują się takie elementy przychodów jak przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego, dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych – tutaj w projekcie planu finansowego na rok 2013 zaplanowaliśmy kwotę wynikającą z analiz Departamentu Współpracy Międzynarodowej Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 152.265 tys. zł, to jest na poziomie 0,23% przychodów ogółem.

Drugim elementem przychodów są dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b, czyli finansowanie świadczeń dla osób

nieubezpieczonych – tutaj zaplanowaliśmy kwotę w wysokości prognozowanej przez Ministerstwo Zdrowia, to jest 217. 509 tys. zł – a także dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, w kwocie 1.839.892 tys. zł, przychody finansowe wynikające z aktualnego lokowania środków w dyspozycji Ministra Finansów w kwocie 90.114 tys. zł i pozostałe przychody na poziomie 91.842 tys. zł.

Po stronie kosztów, oprócz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowią główny element tego planu finansowego, możemy wyróżnić koszty poboru i ewidencjonowania składek w wysokości 124.000 tys. zł, obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną, tworzoną zgodnie z art. 118 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w wysokości 1% należnych przychodów ze składek, w kwocie 645.376 tys. zł, jak również koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w wysokości odpowiadającej przychodom, to jest 1.839.892 tys. zł, koszty administracyjne na poziomie 682.594 tys. zł, to jest na poziomie 1,05 ogółu kosztów, pozostałe koszty w wysokości 350.171 tys. zł oraz koszty finansowe w wysokości 115.903 tys. zł.

Jak już wspomnieliśmy, projekt planu finansowego został sporządzony zgodnie z regulacjami ustawowymi, w tym art. 118 ust. 1, i przedstawia plan zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że uzyskaliśmy kwantum niezbędne do rozpoczęcia dyskusji na temat projektu planu finansowego na rok 2013 i sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 r.

Czy ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Otwieram dyskusję. Pan poseł Sprawka, pan poseł Latos, pan poseł Hoc, pani poseł Hrynkiewicz. Proszę uprzejmie.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani prezes, Wysoka Komisjo, chciałbym poruszyć trzy problemy na styku sprawozdania oraz planu finansowego. Po pierwsze, chciałbym zadać pytanie zarówno pani prezes, jak i panu ministrowi. Jaki jest stosunek nowego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz nowego ministra zdrowia do utrwalonej przez ostatnie lata praktyki polegającej na tym, że po zatwierdzeniu planu finansowego – najczęściej jest to na przełomie lipca i sierpnia – w niespełna dwa tygodnie – czego przykładem jest rok 2011, kiedy plan finansowy został zatwierdzony 13 sierpnia, a już w dniach 23 i 25 sierpnia nastąpiły zmiany uruchamiające podział funduszu zapasowego oraz rezerwy ogólnej i już bez wykorzystania mechanizmu algorytmu? Te zmiany były dokonywane na cztery miesiące przed rozpoczęciem roku budżetowego, a wydawać by się mogło, że rezerwę ogólną tworzy się po to, żeby były pieniądze w danym roku budżetowym na reagowanie na niespodziewane sytuacje. Zawsze gratulowałem poprzedniemu prezesowi, i pani minister Kopacz, jasnowidztwa, że na cztery miesiące przed rozpoczęciem roku już wiedzieli, w których województwach wystąpią problemy. Nie były to małe kwoty.

Wyjaśnienie jest proste. Ja je znam. Myślę, że znają je wszyscy członkowie. Chodziło o to, żeby w tych województwach, które partycypowały w tym podziale, a było ich najczęściej sześć – w ostatnim okresie skumulowało się to na jednym – żeby wybudować odpowiednią podstawę do następnego planu finansowego, a to było możliwe wyłącznie wtedy, jeżeli zmiana planu finansowego następowała przed 31 grudnia roku poprzedzającego ten rok budżetowy.

Pytanie wprost do pani prezes – czy pani taką praktykę popiera i czy będzie ją kontynuować? A w związku z projektem planu finansowego – czy po zatwierdzeniu tego planu, który dzisiaj będziemy opiniować, w ciągu tygodni nastąpią zmiany uruchamiające rezerwę ogólną oraz fundusz zapasowy dzielone w sposób uznaniowy, a nie algorytmem?

Podobne pytanie do pana ministra Szulca – czy pan minister Arłukowicz również zgadza się z tą praktyką, która była do tej pory stosowana, i czy będzie ona kontynuowana?

Kwestia druga. Proszę państwa, do czego doprowadzi taka sytuacja najlepiej widać w tabelach zamieszczonych na str. 23 i 24 projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r. Przy okazji uwaga, pani prezes. Źle się stało, że w rubryce „2012 plan” podali państwo wielkości z planu finansowego z 16 sierpnia, a nie

z planu po zmianach, dlatego, że ta kwota 60.471.000 tys. zł – mówię o kwocie ogółem – jest w tej chwili znacznie większa. Ja już nie mówię o przewidywanym wykonaniu, bo jeszcze mamy pół roku, ale warto byłoby podać to, co się już wydarzyło, bo wtedy ten wskaźnik, który jest w tabeli na następnej stronie – str. 24 – wcale nie wynosiłby 3,8%, a znacznie mniej. A to daje obraz zabezpieczenia finansowego realizacji świadczeń zdrowotnych. I to, tak naprawdę, daje podstawę do opiniowania planu. Tak więc, przypomina mi to tę słynną zasadę z dowcipu, że lepiej mówić, że traktor ma trzy koła niż, że brakuje mu jednego koła.

I następna uwaga związana z tymi tabelami, wynikając równie z metodyki przyjętej przy przedstawieniu tych tabel – mówię o tabeli 22. Niech zwrócą państwo uwagę, że województwa lubelskie, świętokrzyskie i opolskie – te, które podobno miały najwięcej zyskać na nowym algorytmie, który pojawił się po 2009 r. – mają najniższe wskaźniki w relacji roku 2013 do roku 2012. Proszę zwrócić uwagę – świętokrzyskie 3,3%, opolskie 3,5% i lubelskie 3,5%, a te, które podobno miały być najbardziej pokrzywdzone zmianą tego algorytmu, mają – na przykład mazowieckie – 4,0%, małopolskie – 4,1% itd. Tak więc, szanowni państwo, ta tabela dezinformuje, a nie informuje. A jest to efekt zarówno tej sytuacji, o której mówiłem w pierwszej uwadze, ale również metodyki przyjętej do przygotowania tych tabel.

I ostatnie pytanie, które chciałbym zadać zarówno w świetle sprawozdanie z wykonania planu finansowego, ale również projektu planu finansowego na 2013 r. Otóż, w kilku województwach w dalszym ciągu nie są zrealizowane – mówię w skrócie – tzw. nadwykonania za lata 2008-2009. Jest tych województw kilka, między innymi województwo lubelskie. Chciałbym zadać pytanie pani prezes – jak wyglądała sytuacja realizacji tych niesfinansowanych nadwykonań na koniec roku 2011, i co państwo dalej zamierzają z tym zrobić? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan przewodniczący Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Pani prezes, mój poprzednik częściowo zadał pytania dotyczące tego, o czym chciałem powiedzieć, ale niemniej jednak do pewnych rzeczy warto wrócić.

Otóż, pani prezes, po pierwsze, media w czerwcu informowały o tym, że brakuje około 800.000 tys. zł, jeżeli chodzi o finanse NFZ-u w pierwszym półroczu. Prosiłbym o zweryfikowanie, na ile ta informacja jest prawdziwa – na ile rzeczywiście te wpływy za pierwsze półrocze były mniejsze – a również o podanie ewentualnych konsekwencji tego, bo jeżeli budujemy plan finansowy na rok przyszły, to budujemy go również na podstawie danych tegorocznych i prognozowanego wykonania tego roku. Jeżeli to wykonanie będzie mniejsze, to oczywiście będzie to oznaczać nieuchronną korektę w roku przyszłym.

Wiąże się to też z tym, o co pytał pan poseł. Był taki zły zwyczaj, że poza parlamentem, decyzją prezesa NFZ-u, była dzielona rezerwa, właściwie „po uważaniu” dostało to sześć województw w pierwszym roku, a w drugim, bodajże trzy. Uprzywilejowane było województwo mazowieckie, a pozostałe nie otrzymywały ani grosza. Proszę powiedzieć, czy pani jako nowy prezes planuje i zakłada w przyszłym roku podobne działania, czyli, po pierwsze, że ta rezerwa będzie dzielona w sposób tak skandalicznie nierówny, a po drugie, czy rzeczywiście poza parlamentem. Parlament wtedy opiniował coś, co już wcześniej zostało podzielone. Czy nie mieliśmy wpływu na podział tych środków?

Wreszcie kwestia związana ze stale się powtarzającymi dwiema sprawami. Pierwsza dotyczy nadwykonań i tego, co dzieje się również w pierwszym półroczu tego roku. Przecież państwo już mają pewne prognozy i to również powinno być uwzględnione w planie finansowym na rok 2013. Jak ta sprawa wygląda?

I kwestia wejścia programów lekowych od 1 lipca tego roku. Zastąpiły one programy terapeutyczne. Były deklaracje, że będą pojawiać się nowe lekowe, że państwo nad tymi nowymi programami lekowymi pracujecie. Czy te nowe programy lekowe są tu uwzględnione, ewentualnie, ile środków państwo przeznaczają na nowe programy lekowe, a być

może inne podejmowane działania? Przypomnę chociażby kwestię wielokrotnie tu poruszaną, dotyczącą terapii biologicznej. W związku z tym, prosiłbym również o odpowiedź na to pytanie. Na razie tyle. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hoc, proszę uprzejmie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Pani prezes, panie ministrze, z całym szacunkiem do pani prezes i do Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia, również do ministerstwa, ale ja odebrałem plan NFZ-u w sposób bardzo przykry i niepokojący. Odniosłem wrażenie, że kierownictwo NFZ-u jest jakby zadowolone z tego planu, dlatego, że twierdzi, że jest wzrost o 2.300.000 tys. zł, a tak naprawdę – oczywiście w mojej opinii – manipulujecie informacjami i faktami.

Po pierwsze – jak powiedział mój poprzednik – jeśli chodzi o te 2.300.000 tys. zł, odnosicie się do 16 sierpnia 2011 r., a więc planu bez zmian i bez dalszych dat. Tak więc, to już nie jest kwota 2.300.000 tys. zł, tylko na pewno o wiele mniejsza.

Po drugie, wskaźnik inflacji praktycznie eliminuje ten wasz wzrost, albowiem podaliście, jeśli chodzi o 2012 r., 4% wskaźnik inflacji. Jeśli więc twierdzicie z zadowoleniem i nieukrywaną radością, aczkolwiek zafałszowaną, że oto o 1 mld zł zwiększyliście środki na lecznictwo szpitalne, czyli o 4,1%, to tyle akurat wynosi wskaźnik inflacji, a więc praktycznie wcale tych środków nie zwiększyliście – nie wspomnę o tym, że są jeszcze inne kwestie.

Następna kwestia – nadwykonania. My, z panem Dariuszem Piontkowskim, kilka miesięcy temu pytaliśmy o nadwykonania. Pan minister Szulc przyznał się z trybuny sejmowej, że za 2011 r. było nadwykonań na sumę 2.000.000 tys. zł. My twierdziliśmy, że było to 2.300.000 tys. zł,. Czyli 2.000.000 tys. zł jesteście winni za nadwykonania. Zatem, nie dość, że już nie ma wzrostu, to jest deficyt 2.000.000 tys. zł, bo tyle jesteście winni za nadwykonania. Nie wiem, ile wynoszą nadwykonania za 2012 r. Prawdopodobnie część zapłaciliście, ale wliczając 2012 r., praktycznie jest już deficyt tego planu.

Następna kwestia – rok 2013. Pani prezes, panie ministrze, to jest rok dramatyczny dla polskiej służby zdrowia. Wytworzyliście zgniły owoc takiej natury, że setki polskich szpitali będą zmuszone do przekształcenia się w spółki prawa handlowego, bo będą mieć ujemny wynik finansowy.

Pan prezes powiedział przed chwilą, że Narodowy Fundusz Zdrowia zakończył rok ujemnym wynikiem finansowym 199.000 tys. zł, czyli praktycznie za 10 czy 12 miesięcy, gdyby organ prowadzący tego nie pokrył – oczywiście tutaj są inne formy organizacyjno-prawne – to byście byli zlikwidowani i musieli się przekształcić w spółkę prawa handlowego. Tak będzie w 2013 r., bo rok obrotowy kończy się w 2012 r. Dziesiątki, setki szpitali będą musiałby przekształcić się w spółki prawa handlowego, a wy nie podaliście im ręki i nie daliście żadnej szansy. Nie tylko nie zwiększyliście środków – bo, tak naprawdę jest deficyt w przypadku lecznictwa szpitalnego – ale też wzrastają koszty funkcjonowania szpitala – opłaty za media, przymusowe ubezpieczenie, wysokiej klasy sprzęt, bo musi być konkurencja. Wy nie zrobiliście z tym nic, bo nie zmieniliście ceny punktu, która dalej wynosi 52 zł. W tamtym okresie było 51 zł – podwyższyliście wartość chociaż o złotówkę, a teraz nie podwyższyliście. Notabene, teraz podwyższyliście o 3,83%, a w ubiegłym roku – 2012 – prawie o 8%, czyli praktycznie o połowę zmniejszyliście rzekomy wzrost w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Tak więc prowadzicie polską służbę zdrowia nad przepaść. W 2013 r. będzie trwać dramat w szpitalach. Nie podaliście pomocnej ręki, a nawet przeciwnie, sięgacie ręką po majątek tych szpitali, bo jest to wspólne działanie rządu Platformy Obywatelskiej i PSL-u, a my wszyscy poniesiemy tego konsekwencje, nie tylko jako posłowie, ale przede wszystkim jako pacjenci i Polacy.

Mam jeszcze dwa pytania, niezwiązane bezpośrednio z tematem. Chodzi o sprzęt wysokospecjalistyczny. Na przykład, w Krakowie są trzy PET-y, a w województwie zachodniopomorskim nie ma żadnego. Jak więc gospodarujecie środkami? Jak kombinujecie? To po pierwsze.

Po drugie. Co prawda, bardzo dobrze, że o 35.000 tys. zł wzrastają środki na lecznictwo uzdrowiskowe – aczkolwiek jest to o wiele za mało – ale charakterystyczne jest to, że w 2013 r. prywatyzujecie wszystkie uzdrowiska, również te narodowe, oprócz Krynicy i Żegiestowa, ale to już odrębna sprawa, i nagle zauważyliście że jest niedoszacowanie lecznictwa uzdrowiskowego, co jest i było prawdą. Tak więc, ciekawe jest to, że w 2013 r., kiedy prywatyzujecie wszystkie uzdrowiska, dajecie nagle większe środki na te uzdrowiska. Jest to chwalebne, trzeba było jednak pamiętać o tym wcześniej, i dobrze gospodarować.

I jeszcze jedna uwaga. Niedawno mieliśmy posiedzenie Komisji, nawet dość uroczyste, poświęcone podstawowej opiece zdrowotnej. Wszyscy byliśmy zgodni – mówiliśmy o tym – że podstawowa opieka zdrowotna jest fundamentem systemu ochrony zdrowia, od tego zawsze zaczyna się piramida świadczeń zdrowotnych. Nie ma dobrego systemu ochrony zdrowia bez podstawowej opieki zdrowotnej, a praktycznie nie zwiększacie środków dla podstawowej opieki zdrowotnej. I nie dość, że nie zwiększacie, ale nawet nie gwarantujecie pokrycia wskaźnika inflacji. Taka jest więc wasza troska – z jednej strony usta pełne frazesów, a z drugiej strony, takie właśnie działania.

Konkludując, to nie jest budżet nadziei. To jest budżet rozpaczy. Nie tylko budżet kryzysowy, ale również budżet rozpaczy i dramatu w 2013 r. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, pani prezes, szanowni państwo, chciałabym zgłosić kilka uwag do przedstawionego planu Narodowego Funduszu Zdrowia. Pierwsza uwaga ma charakter ogólny.

W roku 2011 został przeprowadzony Narodowy Spis Powszechny, który bardzo dokładnie przedstawia stan i strukturę ludności. Nie zauważyłam, aby w tym planie znalazła odzwierciedlenie zmiana stanu i struktury ludności. Gdyby można było prosić państwa o wyjaśnienie, czy wzięli państwo pod uwagę wyniki Narodowego Spisu Powszechnego przy projektowaniu tego planu finansowego, byłabym zobowiązana.

Mam kilka próśb o nieco szerszą informację niż zawarta w planie. Rozumiem, że w planie trudno pewne rzeczy szczegółowo omówić, ale, na przykład, na str. 25 mówią państwo o obfitszym finansowaniu opieki psychiatrycznej. Każdy, kto ma, czy miał do czynienia z opieką psychiatryczną wie, że nie jest z nią dobrze. Moje pytanie jest następujące. O ile, i na jakie cele, w opiece psychiatrycznej zwiększą się nakłady? Nie wynika z planu, że jest to istotne zwiększenie.

Drugie moje pytanie dotyczy zwiększenia środków kierowanych na usługi opieki medycznej i – jak przypuszczam – profilaktyki dla dzieci. Prosiłabym powiedzieć, na jakie cele, i jak, te środki zostały zaplanowane.

Chciałabym też zapytać, które z programów profilaktycznych będą obficiej finansowane w roku 2013. Prosiłabym również o dokładniejsze informacje na temat Akademii Narodowego Funduszu Zdrowia. Co to jest? Być może powinnam dotrzeć do tych licznych dokumentów, które państwo tu przywołują, ale dostałam materiał wczoraj i nie zdążyłam tego zrobić. Bardzo proszę, aby o tym szerzej poinformować.

Następne moje pytanie dotyczy systemu informatycznego, o którym państwo piszą na str. 31. Wczoraj rozpatrywaliśmy sprawę stworzenia takiego systemu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dopytywałam się po raz drugi o finansowanie tego systemu. Ponieważ państwo na str. 31 bardzo ogólnie informują, że są to koszty prognozowanego wzrostu usług w zakresie serwisowania i bieżącego utrzymania systemu informatycznego NFZ-u, a także planowanych nowych projektów, na przykład, projektu budowy Platformy Informacji Analitycznej, projektu archiwizacji danych, serwisu i usługi utrzymania urządzeń sieciowych NFZ-u, chciałabym zapytać, czy też są tu przewidziane środki ten cel – w uzasadnieniu ustawy podano, że ma to być 10 mln zł.

Chciałabym też zapytać, czy państwo przy projektowaniu tego planu wyciągnęli wnioski z raportu Najwyższej Izby Kontroli, który został opublikowany w listopadzie 2011 r. Ten raport nie pozostawia wątpliwości, szczególnie jeśli chodzi o prywatyzację

szpitali i jej skutek odnośnie do tego, co dla pacjenta jest najważniejsze, a więc dostępności usług ochrony zdrowia – mamy tu bardzo poważne zastrzeżenia Najwyższej Izby Kontroli. Chciałabym się dowiedzieć, czy państwo projektując dalszą prywatyzację, wyciągając wnioski z już dokonanej, wzięli pod uwagę to, co w tym przypadku jest istotne także dla finansowania.

Z poprzednim moim pytaniem wiąże się także pytanie dotyczące wydawanie kart ubezpieczenia. Jakie to karty będą państwo wydawać? Wczoraj na posiedzeniu Komisji nic nie słyszeliśmy o takich kartach ubezpieczenia. Nie jest to wprawdzie wysoka kosztowo pozycja, ale sama kiedyś kierowałam instytucjami publicznymi, i wiem, że trzeba się rozliczyć nie tylko z każdej złotówki, ale i z każdego grosza.

Wreszcie pytanie, w którym nawiązuję do tego, o czym mówili moi koledzy posłowie. Państwo właściwie nie uwzględniają wzrostu cen, które są narzucone z zewnątrz, takich jak ceny energii, paliw i innych środków utrzymania. Uwzględniacie to tylko w tej pozycji, gdzie mówicie o kosztach usług obcych. Rozumiem, że koszty usług obcych trzeba policzyć po właściwych cenach, a koszty świadczenia usług przez szpital czy przez inny ośrodek ochrony zdrowia niekoniecznie, al. jednak musicie to brać pod uwagę, bo wzrost tych kosztów jest dzisiaj znany, zapowiedziany także ustawami.

Ostatnie moje pytanie. Ja uważnie przeczytałam ten plan, a moje pytanie dotyczy spadku kosztów utrzymania

Rady Funduszu. W roku 2012 kosztuje 200 tys. zł, a w 2013 – 50 tys. zł. Skąd ten gwałtowny spadek? Oczywiście są to niewielkie kwoty, ale tak wielki spadek musi zastanawiać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Rozumiem, że pani poseł skończyła. Czy tak?

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Tak, już skończyłam. Chciałbym tylko prosić, żeby odpowiedzi na pytania, które zadałam, pojawiły się na piśmie. Ponieważ pytania, które zadaję, są ważne, bo pytają mnie o to również moi wyborcy, i sama chciałabym lepiej zrozumieć funkcjonowanie tego systemu – jestem świeżą posłanką – poprosiłabym o odpowiedzi na piśmie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Zgadzam się z tym. Myślę, że na tak szczegółowe pytania lepiej będzie udzielić odpowiedzi na piśmie.

Teraz ma głos pan poseł Gos. Proszę bardzo.

Poseł Marek Gos (PSL):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pani prezes, panie ministrze, analizując i sprawozdanie, i plan finansowy na najbliższy rok, biorąc pod uwagę te głosy, które już padły, chcę powiedzieć, że od wielu lat projektując nowy plan finansowy odnosimy się do planu pierwotnego. Od dłuższego czasu postulowana jest zmiana tego przez posłów i organy założycielskie, a więc samorządy, bo to rzeczywiście bardzo zniekształca obraz. Dzisiaj przydałaby się przynajmniej prognozowana realizacja planu finansowego za 2012 r. Wtedy moglibyśmy rzeczywiście dość trafnie określić, co tak naprawdę w 2013 r. ma szanse się zmienić.

Pozytywnie odbieram zwiększenie środków na programy profilaktyczne. Tu możemy oczywiście mówić o specyfice, natomiast wydaje się, że jednak wysłany jest optymistyczny sygnał. To też dotyczy opieki paliatywnej i hospicyjnej, aczkolwiek w tym zakresie zapewne też są bardzo duże potrzeby. Natomiast dwa obszary – według mnie – są mocno niezaopiekowanie. Mam na myśli podnoszony już bardzo trudny temat obszaru lecznictwa szpitalnego, gdzie rzeczywiście są najwyższe wydatki, ale istnieje także największa potrzeba zaangażowania znacznie większych środków, tym bardziej, że niebawem będziemy wiedzieć, jaka jest skala przejmowania zobowiązań przez samorządy. A ta skala już dziś – według szacunków – mocno niepokoi. Tak więc, w tym zakresie nie przewidzieli państwo zachęty, jakiegoś wentyla bezpieczeństwa dla samorządów, organów założycielskich, w finansowaniu lecznictwa szpitalnego, a ono – jak wiemy – jest dzisiaj bombą z opóźnionym zapłonem.

Dzisiaj wiele lecznic jest „pod kreską”, nawet te, które planują restrukturyzację – a restrukturyzacja polega na rozwoju. Dzisiaj jest jedna droga – albo do przodu, albo nie ma jednostki. Nie ma innych dróg. Dzisiaj ekspertyzy i analizy, które są wykonywane na rzecz szpitali, pokazują – albo wchodzimy w procedury wysokopłatne, specjalistyczne, albo nie ma innego rozwiązania. Należy wziąć to pod uwagę, bo – jak myślę – w wielu województwach znajdzie się część szpitali bardzo problematycznych, w przypadku których, jeśli chodzi o zobowiązania, mimo pręgierza, który dzisiaj grozi i świadomości samorządów, te samorządy niewiele mogą zrobić, bo niestety, w dalszym ciągu, zawieranie kontraktów przebiega technokratycznie i w żadnym przypadku nie przypomina negocjacji. W związku z tym, chciałbym zwrócić uwagę pani prezes na jakby otwarcie się Funduszu, bo w ostatnim czasie rzeczywiście Fundusz, jeśli chodzi o swoich pracowników, zrobił się hermetyczny i dochodzi do sytuacji dla mnie niezrozumiałych, że w przypadku jakichkolwiek kontraktacji cała dyrekcja – mówię o przypadku oddziału świętokrzyskiego – nie kontaktuje się ze swoimi beneficjentami. To jest dla mnie nie do przyjęcia, że wyjeżdża się gdzieś na urlopy, do sanatoriów, żeby uciec przed problemami. Zwracam więc uwagę na ten bardzo ludzki aspekt, ponieważ nie wiem, czy będzie okazja o tym mówić w okresie kontraktacji. Dlatego już dziś o tym mówię. Tak więc, na pewno leczenie szpitalne w tej pozycji wydatkowej powinno być bardziej poważnie potraktowane, jeżeli chodzi o wzrost finansowania.

Jeszcze jeden obszar, bardzo dzisiaj newralgiczny, nad którym – jak uważam – powinniśmy pracować, a powinny za tym pójść również środki finansowe, bo akurat tu wydatki nie są wysokie. To jest opieka długoterminowa. Uważam, że w warunkach polskich mamy duże zaniedbania – są województwa bardzo zaniedbane, i nawet ci, którzy próbują w te świadczenia wchodzić otwierając działalność, niestety, po pół roku rezygnują ze względu na poziom finansowania świadczeń. Okazuje się bowiem – każdy to może przeliczyć, bo państwo taki materiał także mają – że osobodzień w oddziale opieki długoterminowej i osobodzień w przypadku opieki krótkoterminowej, chociażby na oddziałach zachowawczych – oczywiście tak się tego nie liczy, ale dla porównania można – jest dużo tańszy, a pacjentów opieki długoterminowej, niestety, na oddziałach zachowawczych krótkoterminowych w całej Polsce mamy wielu. Warto byłoby dać jakiś sygnał w stronę świadczeniodawców, że ten obszar może być dla nich interesujący i mogliby restrukturyzować się chociażby w zakresie łóżek opieki krótkoterminowej. Nie ma tu żadnego bodźca pozytywnego.

Kolejna pozycja, gdzie jest odnotowany duży wzrost – rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych. Wzrost wynosi prawie 8%. Ja też uważam, że dzisiaj absolutnie nie ma takiej potrzeby, i nie było. Wiemy, jak do tej pory dysponowano rezerwą. Przyłączam się do tych głosów, że więcej nie powinno się stosować takich praktyk, jak do tej pory, że ręcznie steruje się środkami, że ten algorytm, który z takim trudem był uchwalony, jest pomijany i pewne rzeczy poza tym algorytmem można zrobić. Te wskaźniki później rzeczywiście nie są korzystne. I to już widać w tym planie finansowym, że w przypadku województw Polski wschodniej nie widać żadnych efektów zmiany algorytmu na korzystniejszy. Co więcej, dynamika wzrostu środków na świadczenia medyczne dla tych województw jest niekorzystna. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Jako że będziemy odnosić się do dwóch zaprezentowanych materiałów – sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r. i projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r., w swojej wypowiedzi pytania pod adresem Narodowego Funduszu Zdrowia postaram się podzielić, ale pozwoli pan przewodniczący, że na wstępie pozwolę sobie na drobne przypomnienie albo wtręt, bo moi koledzy z Prawa i Sprawiedliwości, którzy przede mną wypowiadali się tak krytycznie o próbie zrównoważenia środków dla regionów, nie pamiętają tego, że w 2007 r., pod koniec kadencji, dokonano takiej oto zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia, że to dochodowość gospodarstw domowych

w regionach decydowała o wielkości pieniędzy na leczenie w regionach. I tak regiony biedne stawały się jeszcze biedniejsze, bo było mniej środków na leczenie pacjentów. nie przypominam sobie, aby wtedy była dyskusja i debata o tym, jak krzywdzi się regiony. To odnośnie do głosów panów posłów Sprawki, Latosa i Hoca. Natomiast odnośnie do pytań związanych z PET-ami, myślę, że nie mieszczą się one w tym zakresie, bo tutaj – moim zdaniem – na posiedzeniu Komisji Zdrowia należałoby przynajmniej określić, jak resort będzie przygotowywać to, abyśmy mieli wykorzystane wszystkie urządzenia, które kupowali je po to, aby stały i były obciążone wysokimi kosztami amortyzacyjnymi. Naprawdę dobrze jest sięgać pamięcią wstecz, tak, jak powiedział pan poseł Hoc, który powinien chyba bić się w piersi. Ale do rzeczy.

Pytania odnośnie do wykonania planu finansowego za rok 2011, chciałabym zapytać panią prezes, czy zapłacono wszystkie świadczenia migracyjne pomiędzy poszczególnymi oddziałami i jakie zobowiązania mają poszczególne odziały w stosunku do innych. Ja reprezentuję województwo podkarpackie i w tym zakresie specjalnie pytałam wcześniej i ostatnio, jak są realizowane świadczenia migracyjne w stosunku do pacjentów z regionu, bo jest to ważne. Jeśli jedne oddziały płacą, a inne nie płacą, to te, które nie płacą, pozostają w korzystniejszej sytuacji, a powinny zaplanować świadczenia podobnie jak te, które płacą.

Następna sprawa. W jakiej wysokości utworzono rezerwę na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych związane z nadwykonaniem z lat poprzednich? Mam pytanie – czy pani prezes obejmując urząd przeglądała, jak wygląda sprawa zobowiązań wynikających z postępowań sądowych i tworzenia rezerwy? Chcę przypomnieć, że w przeszłości Narodowy Fundusz Zdrowia działał w ty zakresie do ostatniego dnia – jak mówią – pomimo rozstrzygnięć w pierwszej i drugiej instancji, nawet do sprawy kasacyjnej w Sądzie Najwyższym. W związku z tym, chciałabym poprosić – jeżeli będzie na ten temat jakiś materiał – o informację, czy dokonano przeglądu tych zobowiązań, aby Fundusz nie narażał się w przyszłości na dodatkowe koszty. Chciałabym również zapytać, czy w związku z tą praktyką z lat poprzednich, polegającą na uruchamianiu rezerwy ogólnej, planowana jest podobna polityka Narodowego Funduszu Zdrowia.

W przypadku projekt planu finansowego Funduszu na rok 2013 r., chciałabym zapytać, na ile rzetelnie wskazano, iż przypis składki zdrowotnej, zarówno od ZUS-u, jak i KRUS-u, wyniesie 64.500.000 tys. zł. Czy państwo dzisiaj oceniają tę daną jako wiarygodną? To po pierwsze.

Po drugie, mam pytanie dotyczące, między innymi, obowiązkowego odpisu na rezerwę ogólną w projekcie na rok 2013 – stan na początek i na koniec roku oraz planowany sposób rozdysponowania jej, a także – o co pytali moi przedmówcy – kiedy algorytm, czyli sposób dzielenia pieniędzy pomiędzy województwami, zdaniem pani prezes, w stosunku do poszczególnych województw będzie mieć identyczną dynamikę. W przeszłości poszczególne województwa miały tę dynamikę różną – biedne większą, bogatsze mniejszą. Kiedy więc zostanie to wyrównane?

Z części pytań zrezygnuję, ale chciałabym zadać pytanie dotyczące refundacji leków. Refundacja leków jest zaplanowana w projekcie planu finansowego rok na 2013. Czy i jak nowe rozwiązania pokazują, że te pozycje związane z refundacją zostaną zrealizowane?

Mam jeszcze dwa pytania. Powtarza się pytanie o koszty funkcjonowania Rady Funduszu. To jest drobiazg… To wszystko.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Pan poseł Dziuba, proszę uprzejmie.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Właściwie chciałbym zadać jedno pytanie w odniesieniu do planu finansowego na rok 2013. Wydaje mi się, że jest to charakterystyczne. Otóż, planuje się wzrost przychodów i kosztów o mniej więcej 10%. Na tym tle zwracają uwagę następujące parametry. Bardzo przepraszam, muszę je odszukać… Chodzi o wzrost kosztów administracyjnych o 16%, w tym zużycie materiałów i energii o 42%, usługi obce o 24%, podatki i opłaty o 74%, amortyzacja o 43%, pozostałe koszty administracyjne o 83%, tak zwane pozostałe

koszty o 76%. Jest więc znaczna dysproporcja pomiędzy wzrostem niektórych składników kosztów a wzrostem kosztów i przychodów generalnych, który – jak powiedziałem – wynosi mniej więcej 10%. Jeszcze jedno, koszty finansowe wzrastają o 166%. Pytanie jest proste – skąd ta charakterystyczna propozycja tak istotnego wzrostu wymienionych przeze mnie składników kosztów?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Skończył pan poseł. Czy tak?

Ja też chciałbym zabrać głos. Właściwe poruszę tylko jeden, główny problem. przeciętnego obywatela mało interesuje wskaźnik ze str. 21 podziału algorytmu, wyliczony do piątego miejsca po przecinku. To jest czarna magia – piąte miejsce po przecinku. Natomiast mam pytanie zasadnicze. Co interesuje polskiego obywatela? Interesuje go kolejka. Czy ten plan Narodowego Funduszu Zdrowia na rok przyszły daje nadzieję na zmniejszenie, a przynajmniej niepowiększanie się kolejki na niektóre świadczenia zdrowotne? To interesuje polskiego pacjenta. A co interesuje przeciętnego dyrektora szpitala, przeciętnego właściciela czy kierownika przychodni itd.? Interesuje go cena świadczenia zdrowotnego, czyli, w przypadku POZ-u, cena stawki kawitacyjnej albo punktu. Nie widzę tu zawartej żadnej informacji w tym zakresie. Pani prezes napisała o makrowskaźnikach, które są wzięte od ministra finansów, który może być optymistą lub nie. Natomiast ja chciałbym wiedzieć, jak Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza realizować strategię, to znaczy, czy jest szansa na zmniejszenie kolejki. Jeżeli tak, to w jakich rodzajach działalności, a w jakich nie. Czy jest szansa na to, że wyrówna się dysproporcja, jeżeli chodzi o rentowność udzielanych świadczeń zdrowotnych i czy nadal kardiologia będzie na topie, a geriatria czy pediatria w głębokiej defensywie, bo to będzie miało wpływ na to, co się będzie dziać?

Oczywiście możemy również być zaniepokojeni czymś, na co państwo nie mieli wpływu, że w ogóle nie zmienia się finansowanie państwowego ratownictwa medycznego. Z tego, co widzę – bo jeszcze nie czytałem ustawy budżetowej – dotacja jest taka sama, jak w roku bieżącym. Biorąc pod uwagę chociażby ceny paliw – a jest to istotna sprawa, albo ceny mediów – a toteż jest istotna sprawa, powstaje pytanie, czy w związku z tym nie pogorszy się działalność ratownictwa medycznego, chociażby z tego powodu, że ustawowo te jednostki mają określony czas dojazdu. Jeżeli coś się stanie i da się ściąć tych kosztów, to nie będą w stanie utrzymać tych parametrów – 15 czy 20 minut – bo tak jak policji, zabraknie na paliwo.

Na zakończenie jeszcze jedna sprawa. Nie odnieśli się również państwo do zagrożeń, które istnieją. Rozumiem, że kierowali się państwo, zgodnie z ustawą, tymi wskaźnikami, które otrzymaliście z Ministerstwa Finansów, ale macie też swoje. Na koniec czerwca przychody związane z pozyskiwaniem środków ze składki są mniejsze o 900.000 tys. zł. Tak podaje prasa. Jeżeli jest inaczej, proszę to zweryfikować. W dzisiejszej „Rzeczpospolitej" – nie mówię, że w „Fakcie", którego być może nie lubicie – podano, że jest zdecydowany spadek ściągalności składki. W związku z tym, proszę precyzyjnie odpowiedzieć, czy o jest prawda, czy przekłamanie, bo nie słyszałem w komentarzu – a przedstawiciele „Rzeczpospolitej" pytali przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia – dementi informacji, że w pierwszym półroczu jest o 900.000 tys. zł mniej.

Chciałbym więc, żeby państwo odpowiedzieli na te pytania – czy ściągalność składki jest niższa o 900.000 tys. zł i jaka jest strategia, jeżeli chodzi o cenę punktu i o dostępność świadczeń. Ja rozumiem, że to można przykroić, ale jest pytanie, czy z tego powodu, że jest to lepiej sfinansowane, przybędzie świadczeń rehabilitacyjnych, czy będą one bardziej rentowne, czy wcale tak nie będzie. Na te pytania nie uzyskałem odpowiedzi. Dziękuję bardzo. Proszę bardzo.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani prezes, w zasadzie moje pytanie kieruję do dyrektora ekonomicznego. Chodzi mi o to, że na etapie planowania wszystkie oddziały bilansują się na poziomie wyniku finansowego. Potem okazuje się, że większa część oddziału generuje ujemy wynik finansowy, który jest następnie pokrywany z funduszu zapasowego. Niektórym oddziałom udaje się jednak wypracować dodatni wynik finan-

sowy. Czy państwo prowadzili analizę, co jest główną przyczyną generowania ujemnego wyniku finansowego w oddziałach, i czy są jakieś konsekwencje dla tych oddziałów, które nie przestrzegają dyscypliny budżetowej i generują ujemny wynik permanentnie, czyli z roku na rok?

Następne moje pytanie dotyczy tego, o co już pytała pani poseł Skowrońska. Jednak mnie chodzi o mechanizm tworzenia rezerwy na postępowania sądowe. W 2011 r. rezerwa na postępowania sądowe wynosiła 230.135 tys. zł, z czego wykorzystano zaledwie 81.533 tys. zł. Pozostała kwota 148.000 tys. zł. Ja wiem, że w większości jest to rezerwa na postępowania sądowe, którą planują oddziały. Była też rezerwa utworzona w centrali. W związku z tym, mam pytanie – czego ona dotyczyła, bo akurat ta rezerwa utworzona w wysokości 1200 tys. zł została prawie w całości wykorzystana? Jakiego postępowania ona dotyczyła?

Teraz moje pytanie. W planie na 2013 r. znowu utworzono rezerwę na poziomie 319.644 tys. zł – wszystko na postępowania sądowe w oddziałach. Czy wobec tego, że ta rezerwa przez kolejne lata nie jest w większości wykorzystywana, nie należałoby się zastanowić nad mechanizmem jej tworzenia, bo potem ona ma znaczący wypływ na wynik finansowy? Bo te oddziały, które jej nie wykorzystają, mają potem większą możliwość wygenerowania dodatniego wyniku. I jeszcze raz proszę o wyjaśnienie, jaki jest mechanizm jej tworzenia. Czy ją się tworzy na postępowania już wszczęte, czy oddziały szacują postępowania prawdopodobne i stąd wynika taka duża rozbieżność? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie, pani poseł. Jeśli nie, to pan poseł Sprawka, proszę.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Ja w trybie sprostowania, ponieważ pani poseł Krystyna Skowrońska ma brzydką tendencję do komentowania wypowiedzi innych posłów oraz ustalania prawa, kto i z jakiego powodu może krytykować. Otóż, pani poseł, chcę powiedzieć, że w 2007 r., wtedy, kiedy zmieniany był algorytm, ja posłem nie byłem. Natomiast, jeśli chodzi o moje stanowisko do tej zmiany, prezentowałem je na posiedzeniach Komisji i obradach plenarnych, wtedy, kiedy w roku 2009 ponownie zmienialiśmy algorytm. Jeżeli chce to pani sprawdzić, proszę sięgnąć do stenogramów, chociażby z posiedzenia z 3 września 2009 r., i nie nadużywać swoich przemyśleń.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Ad vocem. Mówiłam całą prawdę, i tylko prawdę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze inne pytania? Proszę starać się ograniczyć tę dyskusję.

W związku z tym, proszę uprzejmie o udzielenie odpowiedzi. Proszę, pan minister.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję serdecznie. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zanim przejdę do odpowiedzi na pytania, które były kierowane częściowo lub całkowicie do ministra zdrowia, aczkolwiek zbyt wiele ich nie było – oczywiście będę prosić o udzielenie za moment głosu pani prezes i współpracownikom – jedna uwaga natury ogólnej, choć wydaje mi się, że dość istotna, bo ona pokazuje poziom i sposób debaty nad planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, czy w ogóle poziome debaty, z którą mamy do czynienia w naszym kraju.

Otóż, Wysoka Komisjo, wydaje się – ja oczywiście w tym momencie wyrażam wyłącznie swoje zdanie – że sposób, w jaki rozmawiamy na temat planu finansowego, a więc, że posłowie zadają pytania, po czym, nie czekając na udzielenie odpowiedzi pędzą, żeby urządzić konferencję prasową i powiedzieć, co w tym planie jest, i jak to traktują, wskazuje na to, że tak naprawdę żądana odpowiedź nie jest potrzebna, i zasadniczo nie powinniśmy odnosić się do pytań, które tu padły, bo państwo już sobie udzielili na nie odpowiedzi, włącznie z panem przewodniczącym, który postanowił najpierw urządzić

konferencję prasową, a dopiero później zadać pytania. Jednak – jak powiedziałem – to wyłącznie uwaga natury ogólnej. Dobrze, że na tej sali są obecni przedstawiciele mediów, bo myślę, że ten fakt powinien zostać szczególnie mocno odnotowany. Natomiast…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję, panie ministrze – ja *ad vocem* – ale ja nie podglądałem, jak pan minister, co się tam dzieje, zamiast wysłuchiwać pytań.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Bardzo pana przewodniczącego przepraszam…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Odpowiedzialny za przedstawienie planu jest pan minister. Dziękuję.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Bardzo pana przewodniczącego przepraszam….

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Myślę, że to koniec dyskusji, bo te przytyki już były.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Bardzo pana przewodniczącego przepraszam, ale póki co, jestem jeszcze wolnym człowiekiem, i będę – zwłaszcza w budynku Sejmu – wsadzać głowę tam, gdzie zechcę.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, odniosę się teraz do pytań, a w szczególności do pytania pana posła Sprawki, dotyczącego tego, jak wygląda dynamika przyrostu środków w poszczególnych oddziałach wojewódzkich, i dlaczego w przypadku tych oddziałów, które miały najbardziej skorzystać, tak naprawdę tej dynamiki nie widać tak, jak powinna ona być pokazana.

Otóż, zwracam uwagę na zasadniczą rzecz – w momencie, kiedy zmienialiśmy algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, mówiliśmy, że czas zmniejszenia się różnic pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi zależy w dużej mierze od tego, jaka będzie dynamika przyrostu środków w NFZ-ie ogółem. Natomiast musimy pamiętać, w kontekście tej dyskusji, o dwóch rzeczach. Jeżeli dzisiaj weźmiemy plany finansowe tych dwóch województw, które pan poseł wymieniał, a więc lubelskiego i opolskiego, to okaże się, że mamy do czynienia z następującą sytuacją. W województwie lubelskim nakłady na świadczenia per capita, według planu na rok 2013, wyniosą 1674 zł, natomiast w wojewódzkie opolskim 1686 zł, podczas gdy średnie wydatki per capita ze wszystkich oddziałów wojewódzkich będą wynosić 1677 zł. Tak więc, zarówno w przypadku województwa lubelskiego, jak i w przypadku województwa opolskiego, mamy do czynienia z nakładami, które w zasadzie mieszczą się w średniej wydatków w Polsce. Dlatego w tym momencie nie będzie aż takiej dynamiki. Co więcej, proszę zwrócić uwagę na to, że 5 lat temu, w roku 2007, kiedy obowiązywał inny algorytm poddziału środków, mieliśmy do czynienia z sytuacją, gdzie nakłady na świadczenia per capita w województwie lubelskim wyniosły 1031 zł, w województwie opolskim 1006 zł, przy średniej 1057 zł. Tak więc, w przypadku województwa opolskiego, było to 50 zł poniżej średniej, a rozpiętość pomiędzy minimalnym a maksymalnym średnim kosztem leczenia w oddziale wojewódzkim wynosiła od 941 zł do 1197 zł, a więc 240 zł. Dzisiaj ta rozpiętość w planie na rok 2013 waha się od 1598 zł do 1722 zł, co daje różnicę 124 zł. Proszę więc zauważyć, do czego doszło. Rozpiętość pomiędzy minimalnymi a maksymalnymi nakładami zmniejszyła się dwukrotnie – z 240 do 120 zł – przy jednoczesnym wzroście nakładów na lecznictwo per capita o ponad 60%. Czyli, mamy do czynienia z sytuacją, w której ta dysproporcja pomiędzy minimalnym a maksymalnym kosztem w roku 2007, oprócz tego, że nominalnie była dwa razy wyższa niż dzisiaj, to powinna być jeszcze zweryfikowana o to, jak przyrastały nakłady, bo mówimy tu wyłącznie o nominałach, natomiast nie odnotowujemy faktu ponad 60-procentowego wzrostu nakładów na leczenie – średnio – we wszystkich oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. a więc, tak naprawdę, ta dynamika w województwie lubelskim i opolskim nie wybija się w tym momencie ponad dynamiki innych województw, bo różnice pomiędzy województwem lubelskim i opolskim, a resztą

kraju wziętą jako średnia, już zostały wyrównane, pani pośle. I to, tak naprawdę, jest odpowiedź na to pytanie.

Jeśli chodzi o kwestię dotyczącą podziału funduszu zapasowego i metodologii czy też praktyki podziału tego funduszu. W tym przypadku Narodowy Fundusz Zdrowia od początku do końca jest związany przepisami ustawy, a więc nie wykonuje nic ponad to, co jest zapisane w ustawie. Oczywiście, jest kwestia podjęcia decyzji, w którym momencie fundusz zostanie zwolniony. Przypominam, że faktycznie, kiedy dyskutowaliśmy w ubiegłym roku nad planem finansowym na rok 2012, to ten plan był opiniowany przez Komisję bez propozycji podziału środków z funduszu zapasowego. Poza tym ta dyskusja potoczyła się dalej, ponieważ jeden z głównych stawianych zarzutów był taki, że dokonaliśmy manipulacji wyborczej i natychmiast po wyborach został zwiększony plan finansowy oddziału mazowieckiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę tylko zwrócić uwagę na to, szanowni państwo posłowie, że ta informacja była już dostępna w momencie, kiedy plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia został skierowany do zaopiniowania przez ministra finansów i ministra zdrowia, a więc dokładnie 15 sierpnia 2011 r. – jeśli sobie przypominam, na dwa miesiące przed wyborami. Wtedy ta propozycja była już opiniowana przez ministra finansów i ministra zdrowia.

Natomiast odpowiedź na pytanie, z czego wynikał taki tryb, jest bardzo prosta. Jeżeli mamy do czynienia z sytuacją, w której, w wyniku podziału środków na poszczególne oddziały wojewódzkie okazuje się, że jedno z województw w sytuacji, w której wszystkie województwa mają uzysk w stosunku nie do planu pierwotnego, a do obecnie obowiązującego – mają uzysk w planie pierwotnym na rok następny –w stosunku do planu, który – przypominam – już został zawarty i zakontraktowany, traci kilkaset milionów złotych, to tak naprawdę mamy do czynienia z propozycją wyrównania tych środków. Tu akurat funduszu zapasowy został podzielony na strz. Województwa, aczkolwiek ze szczególnym uwzględnieniem województwa mazowieckiego. Ja akurat nie dostrzegam w tej zmianie absolutnie niczego zdrożnego, bo znowu, jeżeli popatrzymy na dynamiki przyrostu środków w poszczególnych oddziałach wojewódzkich na przestrzeni ostatnich czterech lat, to zauważymy, że ani Mazowsze, ani Śląsk, ani Pomorze nie są tu szczególnym beneficjentem, a jeśli chodzi o nakłady na świadczenia zdrowotne liczone per capita w stosunku do średniej czy do innych oddziałów wojewódzkich, zdecydowanie ta różnica pomiędzy województwami się zmniejsza.

Czy, w związku z tym, fundusz zapasowy może zostać podzielony, i czy będzie podzielony? Oczywiście, nie, ponieważ my dopiero przyjmujemy sprawozdanie z wykonania finansowego za roku 2011, po przyjęciu sprawozdania, będziemy mogli rozliczyć stratę i dopiero po jej rozliczeniu będziemy mogli poważnie mówić o tym, jakimi środkami dysponujemy i snuć plany na okoliczność tego, co powinniśmy zrobić z funduszem zapasowym.

Pan poseł Laos pytał o programy lekowe, które mają wchodzić. Pan prezes kierował to pytanie do pani prezes, ale od razu powiem, że zgodnie z przepisami ustawy refundacyjnej mamy do czynienia z bardzo jasno określonymi kompetencjami. To nie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza nowe programy, tylko minister zdrowia po przejściu określonej procedury związanej ze złożeniem wniosku, rozpatrzeniem tego wniosku przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, dokonaniem pełnego obrotu i wreszcie uzgodnieniu programu lekowego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia dotyczącym leków refundowanych. W tym momencie w ministerstwie toczą się prace nad kilkoma programami. Proszę mi wybaczyć, ale z głowy nie powiem, ile jest programów, które są na różnym etapie procedowania w Ministerstwie Zdrowia. Taką informację – ile jest programów lekowych, ile jest procedowanych, i na jakim etapie procedowania są – dostarczę panu posłowi na piśmie. Tyle, jeśli chodzi o kwestie, które były zaadresowane bezpośrednio do Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, pani prezes.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję. pan minister już był uprzejmy powiedzieć o funduszu zapasowym i rezerwie ogólnej. one rzeczywiście mają swoją regulację ustawową i zgodnie z nią powinny być uruchamiane. Zresztą rezerwa ogólna ma specyficzny cel – 1% przeznaczony na sytuację, kiedy jest potrzeba. Można ją wykorzystać. Oczywiście zgadzam się z tezą, że im bardziej jest stabilny plan i budżet jako taki, zapewnia to funduszowi, świadczeniodawcom i oddziałom stabilniejszą sytuację. Jednak te fundusze są do tego, żeby je wykorzystywać.

Tylko jedno sprostowanie odnośnie do tego. Sprawa migracji jest uregulowana w ustawie i projekcie budżetu państwa. W jednej pozycji jest ponad 3.000.000 tys. zł na migrację między oddziałami. Zgodnie z przepisami, już po zatwierdzeniu planu. Ta rezerwa migracyjna nie jest niczym szczególnym. Ona, zgodnie z ustalonymi zasadami i po zapotrzebowaniu między oddziałami, jest uruchamiana. To nie świadczy o szczególnym uruchamianiu jakiejś ekstra rezerwy, tylko o podziale, zgodnie z zasadami, tej kwoty. Zresztą w tym tygodniu, na tę okoliczność, dotarł do nas raport NIK-u – pozytywny z drobnymi zastrzeżeniami – dotyczący także kwestii tych rezerw i rozróżnienia ich przeznaczenia.

Odnośnie do charakteru i podstawy porównawczej, czy porównywać plan pierwotny z tworzonym nowym, czy z kolejnymi modyfikacjami, powiem, że mimo tego, iż można mieć różne zdania na ten temat, i każdy ekonomista pewnie wskazałby zalety i wady każdego rozwiązania, wydaje się jednak, że porównanie pierwotnego do pierwotnego jest bardziej zobiektywizowane. W wypowiedzi pana posła, który zadał to pytanie, w drugim zdaniu była mowa o tym, że dla kilku oddziałów – chyba nie sześciu, a siedmiu – była później rozdysponowana rezerwa, i dodatkowe pieniądze. Gdybyśmy porównywali do planu po modyfikacjach, to dla tych oddziałów wypadłby korzystniej. Wydaje się więc, że bardziej zobiektywizowaną formą jest porównywanie planu z pierwotnym, bo ten jednak ulega modyfikacjom i nie jesteśmy w tanie przewidzieć, jak ten plan będzie wyglądać na koniec roku.

Odnośnie do kwestii tych trzech województw, pan minister już o tym powiedział. Chciałabym tylko podać wzrost procentowy w tych województwach – między 2,11 a 2,12 migracja, koszty świadczeń w lubelskim wzrosły o 6,5%, w opolskim o 6%, w świętokrzyskim o 7,5% przy średniej 4,4%. W kolejnym roku jest trochę mniej, ale jest to pewna modyfikacja – dochodzi do spłaszczenia tych różnic między oddziałami.

Nawiązując do następnego pytania w kolejnej wypowiedzi, które także dotyczyło algorytmu, powiem, że nigdy nie dojdzie do pełnego wyrównania. Algorytm opiera się jednak na pewnym zróżnicowaniu wynikającym ze struktury wiekowej pacjentów i zachorowalności. Nigdy nie będzie tak, że w każdym województwie będą mieszkać ludzie w tym samym wieku i o tej samej charakterologii. Dochodzi więc do istotnego spłaszczenia różnic, ale nigdy nie będzie identycznie. Jednak przytoczone tu przykłady środków per capita świadczą o pewnym wyrównaniu i braku tych skutków, o których pani poseł mówiła, że bardziej problematyczne i biedniejsze regiony miały jeszcze większy problem. To ewidentnie prowadzi do spłaszczenia tej różnicy.

Kolejne pytanie z tej samej wypowiedzi. Nadwykonania za lata 2008 i 2009. Za lata 2008 i 2009, o które pan poseł pytał, nie zapłacono, ale przypomnę, że są to świadczenia pozaumowne. Nie są one objęte zobowiązaniami. Jest sprawa ewentualnych roszczeń i zawierania ugód.

Chciałbym powiedzieć o stanie świadczeń ponadumownych – ponadlimitowych. Za rok 2008 jest to 418.000 tys. zł, za 2009 r. – 1.600.000 tys. zł. Procesy się toczą i zwłaszcza po kilku latach świadczą o rzeczywistym wymiarze problemu niezapłaconych świadczeń. Podmiot, który za lata 2008 lub 2009 miał niezapłacone i jest przekonany o tym, że w sądzie ma szansę wykazać, że są to świadczenia ratujące życie musi jednak pamiętać, że one mają bardzo różny charakter. Inny charakter mają świadczenia na intensywnej terapii, a inny planowe, na przykład na zabiegowych oddziałach, w przypadku których trudno wykazać przed sądem, że nie trzeba było wydłużyć kolejki, ale podmiot powinien przewidzieć, że nie zmieści się w limicie. I tak, wysokość roszczeń historycznie, od 2008 r., wynosiła 205.000 tys. zł, potem w 2010 r. – 336.000 tys. zł., w 2011 r., na koniec roku – 666.000 tys. zł, a w 2012 r., na koniec marca, po zamkniętym kwartale –

557.000 tys. zł. Taka jest wysokość roszczeń w oddziałach. Widać więc różnicę pomiędzy końcem 2011 r. a marcem obecnego roku, 2012, o 108.000 tys. zł na korzyść, co znaczy, że albo zostały zakończone, albo cofnięte, albo przegrane przez świadczeniodawcę.

Warto w tym momencie powiedzieć, że poziom wygranych procesów to około 20% tych, które już się zakończyły. Tak więc jest to oczywiście problem systemowy, jednak te kwoty nie wyglądają dramatycznie, mimo że je analizujemy.

Pani poseł pytała o postawę do analizy. Rzeczywiście prowadzona jest taka analiza – w Ministerstwie Zdrowia też została zaczęta – nie tylko rodzajami, ale także zakresami. Oddziały, biorąc pod uwagę swój poziom nadwykonań w konkretnych zakresach, przy nowym kontraktowaniu uwzględniają to. Rozmawiałam na ten temat z trzeba dyrektorami. Mają przedstawić swoje dane. Mogę podać przykład z województwa małopolskiego, gdzie w przypadku nadwykonania w intensywnej terapii, w następnym kontraktowaniu zwiększono wysokość przeznaczanych na to pieniędzy. Jest więc próba nadążania za problemem nadwykonań, zwłaszcza w tych zakresach, które są najbardziej problematyczne.

Jeśli chodzi o spływ składek, jak wszyscy wiemy, mówimy o podsumowaniu 2011 r. i prognozie na 2013 r., ale w międzyczasie pojawia się także rok 2012. Odnośnie do spływu składek, ta informacja o 900.000 tys. zł jest przesadzona, i nikt w ostatnich dniach nas o to nie pytał. W tej chwili, po zamknięciu czerwca, jest to kwota 540.000 tys. zł. O tyle rzeczywiście spływ składek jest niższy od zakładanego według wskaźników, na których był oparty projekt budżetu na 2012 r. Wspomniane wcześniej fundusze są po to właśnie, żeby, jeżeli taki problem będzie się utrzymywać, sobie z nim poradzić. Jednak, mimo tego mniejszego spływu, czerwiec wyglądał lepiej niż poprzednie miesiące w stosunku do prognoz. Mimo że ten spływ jest niższy, już w czerwcu był wyższy niż w czterech poprzednich miesiącach. W styczniu był akurat bardzo wysoki – ponad prognozy, a to z tego tytułu, że zmieniła się składka na ubezpieczenie społeczne – niestety, nie zdrowotne – i pracodawcy, którzy mogli cokolwiek wypłacić pracownikom, zrobili to w styczniu, dzięki czemu mieliśmy zdecydowaną „górkę". Następne cztery miesiące były gorsze. Czerwiec – nadal poniżej prognoz, ale lepiej niż w czterech poprzednich miesiącach.

W tym samym pytaniu była mowa o wskaźnikach na 2013 r. jak powiedziałam na wstępie, ten projekt budżetu na 2013 r. opiera już na zmienionych, urealnionych wskaźnikach na 2012 r. i nowych wskaźnikach na 2013 r. Jak państwo widzą, te procenty wydają się realne. Nie jest to budżet przepełniony nadmiernym optymizmem. Wydaje mi się, najbardziej odpowiednim określeniem tego budżetu jest to, że jest on po prostu realny.

Odnośnie do programów lekowych – jak pan minister powiedział – zrealizujemy te rozporządzenia i decyzje, które są podejmowane w Ministerstwie Zdrowia na podstawie ustawy refundacyjnej. W budżecie mamy zabezpieczone prawdopodobne kwoty na leki w ramach programów lekowych. Są one na poziomie ponad 8% wyższym niż w 2012 r. A w 2012 r., na drugie półrocze, też już są zabezpieczone na poziomie wyższym. Tak więc staramy się te środki zabezpieczyć. Na razie, mimo że jest to pierwszy rok funkcjonowania tej ustawy, te środki w ramach programów lekowych onkologicznych wydają się wystarczające. Nawet jest efekt w niektórych oddziałach. Bardzo różne są sytuacje w oddziałach, ale generalnie nie ma niepokojącego problemu. Umowy, w ramach nowych zasad obowiązujących od 1 lipca, zostały skutecznie zawarte i te świadczenia są udzielane. W części oddziałów, gdzie były nowe konkursy – i w nowym kontraktowaniu przy stałych umowach, ale zwłaszcza przy nowych konkursach – środki na onkologię zostały zwiększone. W niektórych zakresach mamy nawet do czynienia z niewykonaniami – ponieważ część oddziałów przyznała na onkologię, w ramach tych programów, także środki na poziomie wykonania czy prawdopodobnego wykonania przy nowych programach – ale to pewnie w trakcie roku się zrównoważy. Tyle na temat programów lekowych, a wcześniej, realistycznego poziomu składek.

Odnośnie do szpitali, proszę państwa, wydaje się, że jakiekolwiek środki byśmy zaproponowali, zawsze one będą poniżej oczekiwań. Projekt budżetu zajmuje się określe-

niem kwot na dany rodzaj świadczeń, a nie określaniem ceny. To, zgodnie z ustawą, jest później elementem negocjacji.

Warto jednak powiedzieć – o czym zresztą pan minister wspomniał – że te środki przez ostatni lata bardzo wzrosły. Przygotowując się do dzisiejszego spotkania sięgnęliśmy do danych historycznych od 2005 r. Proszę państwa, na szpitale wzrosły one o 15.000.000 tys. zł – na przestrzeni tych lat nastąpił wzrost środków na szpitale o 100%. Oczywiście jest problem, na jakie zakresy i gdzie powinniśmy… O 15.000.000 tys. zł, od 2005 r., według tych danych. Oczywiście możemy udostępnić te dane. Wzrost kwoty na leczenie szpitalne jest znaczny. Zgadzam się z tym, że niektórym zakresom limitowanym i nielimitowanym trzeba się baczniej przyjrzeć, ale są zakresy, gdzie ten problem jest zdecydowanie mniejszy.

Jeśli chodzi o to, co Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje, to oczywiście w swoich planach, i w planach kontraktowania, powinien uwzględniać zapotrzebowanie, ale Fundusz ni jest kreatorem rynku świadczeniodawców i nie jest w stanie spowodować tego, żeby zapewnić jakieś świadczenie, którego w danym województwie brakuje. Inną kwestią jest to, czy rzeczywiście we wszystkich rejonach te same świadczenia powinny występować w takim samym natężeniu. Jesteśmy zróżnicowani i w niektórych dziedzinach powinna być kumulacja świadczeń, jeśli chodzi o dążenie do podwyższania jakości.

Odnośnie do liczby ubezpieczonych – pani poseł była uprzejma o to zapytać – bazujemy na Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, który – o czym państwo debatowali wczoraj – będzie w systemie udostępniany świadczeniodawcom, ale sam rejestr istnieje od lat. Z tego rejestru Fundusz pobiera dane na temat liczby ubezpieczonych. W tej chwili rejestr ten jest mocno modyfikowany.

Jeśli chodzi o opiekę psychiatryczną, zwiększyliśmy na nią środki, aczkolwiek zgadzam się z tym, że pewnie jeszcze niewystarczająco. Jest to dziedzina, której należy się bacznie przyjrzeć. Prowadzimy i będziemy prowadzić analizę funduszu – o to zresztą na ostatnim posiedzeniu, niecały miesiąc temu, wnosiła Rada Funduszu. Przyglądamy się temu, bo rzeczywiście jest to dziedzina, która wymaga teraz baczniejszej uwagi.

Jeśli chodzi o programy profilaktyczne, realizujemy je w porozumieniu i na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Są to, przykładowo, programy mammograficzne i raka szyjki macicy. W tym zakresie umowy są nielimitowane, co warto podkreślić. Jeśli podmiot przekroczy wartość określoną w umowie, ma za te świadczenia zapłacone. Tu jesteśmy uzależnieni od tego, jakie jest rzeczywiste zainteresowanie tymi badaniami. Myślę, że nad tym wspólnie z ministerstwem będziemy pracować, żeby zachęcić do dalszych badań i być może zmodyfikować sposób zachęcania. Takie prace w tej chwili są prowadzone. Na przykład, w wielu oddziałach zmienił się sposób kontraktowania – nie na powiaty, a na województwa. Okazuje się, że w tych województwach, gdzie tak zakontraktowano, jest wzrost udzielanych świadczeń. Tak więc na tym bazujemy.

Odnośnie do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych – pytanie dotyczące zabezpieczenia środków w tym budżecie – środki na kontynuację i to zadanie, o którym państwo wczoraj mówili, są realizowane.

Jeśli chodzi o wykorzystanie wniosków z poprzednich kontroli NIK-u, to bacznie im się przyglądamy – jesteśmy zobowiązani je uwzględnić. Oczywiście te, dotyczące bezpośrednio Funduszu. Patrzymy z zainteresowanie również na inne, związane z ochroną zdrowia, ale te, które dotyczą bezpośrednio Funduszu, są przez nas analizowane. Jak powiedziałam, odpowiadając na wcześniejsze pytanie, ostatnie otrzymane w tym tygodniu wystąpienie pokontrolne NIK-u dotyczyło właśnie wykonania planu w roku 2011. Jest ono pozytywne z trzema elementami mającymi charakter zastrzeżeń do wyjaśnienia przez nas, na przykład, planowania świadczeń, co bardziej dotyczy regulacji ustawowej i koszyka świadczeń.

Informatyzacja Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Z planu możemy przeczytać dalsze zadania. Jest to dziedzina dość newralgiczna, z której możemy odnieść duże korzyści. Na przykład, w planie jest dalsza praca nad kartą ubezpieczenia. Te działania przebiegają wielotorowo, także w zakresie aktualnej obsługi posiadanych rejestrów i świadczeń. Jeżeli państwo pytają o psychiatrię, czy jakąkolwiek inną dziedzinę, to właśnie z tych danych analizowanych informatycznie, jesteśmy w stanie uzyskać te in-

formacje i Jednorodne Grupy Pacjentów prowadzone w szpitalu – a rok temu w AOS--ie. Jest to dobrze przetwarzający system. Z tego systemu możemy korzystać i na tej podstawie wyciągać wnioski.

Przy okazji tej informacji, nawiążę do następnego pytania, dotyczącego kosztów świadczeń. Proszę państwa – jak wiemy – elementem podlegającym negocjacjom – chociaż niektórzy powiedzą, że tak zwanym negocjacjom – podlega cena i ilość świadczeń. Na pewno kwestią do dyskusji, nad którą ja też się zastanawiałam przychodząc do Funduszu, jest to, czy ta cena powinna być rzeczywiście w całym kraju sugerowana i jednakowa, i jak ma się to sugerowanie ceny odnośnie do zapisu ustalania w negocjacjach świadczeń. Na pewno będzie to wymagać przemyślenia w nowych konkursach. Jednak to, z czym się borykamy, to kwestia prawidłowego oszacowania świadczenia. Nie mając jeszcze wyceny świadczeń, taryfikacji z prawdziwego zdarzenia, Fundusz proponuje takie rozwiązanie świadczeniodawcom, którzy zaczynają z tego korzystać. Nawet w tym tygodniu miałyśmy z panią dyrektor rozmowę na ten temat – sieć klinik przedstawiła wycenę świadczeń w jednej dziedzinie, a wtedy… Bo, proszę państwa, Fundusz nie kreuje wyniku finansowego jednostek, ale powinien być zainteresowany kosztami świadczeń. W związku z tym oczekuję danych o świadczeniodawcy w systemie, pokazania kosztów stałych i kosztów zmiennych, żeby nad tą taryfikacją pracować. Takie zainteresowanie Fundusz wyraża, i takie prace przebiegają. Jesteśmy zainteresowani realną wyceną świadczeń, nawet na takim etapie możliwości ustawowych, jakie w tej chwili posiadamy.

Jeśli chodzi o kolejne pytanie, dotyczące Rady Funduszu, poproszę pana dyrektora Jarnutowskiego o odniesienie się do tego elementu. Bardzo proszę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo.

Dyrektor departamentu NFZ Dariusz Jarnutowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeżeli chodzi o zmianę wysokości planowanych środków na koszty utrzymania Rady Funduszu, wynika ona ze zmiany sposobu prezentacji. Rada Narodowego Funduszu Zdrowia za udział w posiedzeniach otrzymuje wynagrodzenie ustalone przez premiera, ujęte w zarządzeniu Prezesa Rady Ministrów. To wynagrodzenie planowane na rok 2013 zostało przeniesione z pozycji „Koszty utrzymania Rady”, do pozycji „Wynagrodzenia”, w celu właściwej ich prezentacji.

Odpowiem jeszcze na pytanie pani poseł Skowrońskiej, dotyczące migracji w 2011 r. ta migracja, w związku z dokonaną zmianą sposobu rozliczeń w roku 2012, za rok 2011 jest rozliczona.

Jeśli chodzi o pytanie pani poseł Kłosin odnośnie do ujemnych wyników finansowych oddziałów, odpowiem, że te ujemne wyniki są spowodowane tym, że te odziały otrzymały zwiększenie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ze środków z funduszu zapasowego, natomiast nie otrzymały w zamian przychodów. W związku z powyższym – większe koszty bez przychodów, ujemny wynik finansowy, ale zabezpieczony środkami zgromadzonymi z wyników finansowych z lat ubiegłych, w postaci funduszu zapasowego.

Jeżeli chodzi otworzenie rezerwy na sprawy sądowe, jak już pani prezes wspomniała, na dzień 31 marca mamy w sądach roszczenia na ponad 500.000 tys. zł odnośnie do świadczeń ponadlimitowych. Trudno jest prognozować, które z nich zakończą się wynikiem pozytywnym, a które negatywnym. Zgodnie z zasadami przyjętymi w Narodowym Funduszu Zdrowia, rezerwę tworzymy w momencie przegrania w pierwszej instancji, kiedy mamy wiarygodnie oszacowaną kwotę. Natomiast przy projektowaniu planu finansowego uwzględniliśmy zapotrzebowania zgłoszone przez odziały, przy czym – ponieważ te zapotrzebowania via 500.000 tys. zł były bardzo duże – staraliśmy się je ograniczyć w tych oddziałach, które planowały dynamiczny wzrost, zaś w tych oddziałach, które swoje zapotrzebowanie przedstawiały w sposób zachowawczy, przyjmowane były ich zapotrzebowania zgłoszone przed dyrektorów oddziałów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym jeszcze dopytać. Nie wiem, czy to państwu umknęło. Otóż, bodajże w art. 5 ustawy refundacyjnej – przywołuję z pamięci – na którą państwo nie

mają wpływu, bo jest to ustawa, która kreuje wydatki ustawowe i tu minister zdrowia jest kluczową osobą, jest mechanizm payback-u, który był stworzony całkiem inaczej. Był to mechanizm, który polegał na tym, że po przekroczeniu jakiegoś limitu, płacić miała firma. Natomiast na skutek poprawek wniesionych do tej sutawy, ten mechanizm podzielił ryzyko pomiędzy Narodowy Fundusz Zdrowia i podmiot odpowiedzialny. Czy państwo przewidzieli, że taki mechanizm zaistnieje, czy jest odpowiednia rubryka, która będzie obligować Narodowy Fundusz Zdrowia do pokrycia przekroczeń w payback-u? Proszę bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Panie przewodniczący – dziękuję bardzo – jest to o tyle trudne, że tu nie mamy do czynienia z sytuacją, w której Narodowy Fundusz Zdrowia będzie w ramach payback-u cokolwiek pokrywać, ponieważ proszę zauważyć, że mechanizm payback-u działa w sposób następujący. Najpierw mamy wydatki na refundację, które są ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a następnie, jeżeli okaże się, że w danej grupie limitowej… To znaczy, najpierw musi być przekroczony cały budżet we wszystkich grupach limitowych, potem jest to rozpatrywane w ramach przekroczenia budżetu w poszczególnych grupach limitowych i dopiero potem są ustalane podmioty, które muszą zafunkcjonować w mechanizmie payback-u, czyli, mówiąc krótko, zwrócić część środków z refundacji do Narodowego Funduszu Zdrowia. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia, tak naprawdę, te koszty już uprzednio poniósł. To znaczy, nie można ich wpisać w koszty roku następnego, bo one zostały poniesione w refundacji roku poprzedniego, a więc wpisują się w wydatki na refundację, które już zostały poniesione i z tego względu w planie finansowym jako takim nie mogą być uwzględnione.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

To jest oczywiście spawa do dyskusji, bo są różne tytuły przychodów i kosztów, które w tych tabelach są wymieniane. Jest oczywiście jakiś tytuł kosztów – na przykład rezerwa o której mowa itd. – i jest przewidziane zero. Jak więc będzie unormowany mechanizm *payback-u*? Bo to, że dzisiaj, na skutek wdrażania ustawy refundacyjnej, na razie nie ma takiej sytuacji, wcale nie znaczy, że jeżeli Ministerstwo Zdrowia nie wprowadzi odpowiedniej ilości, na przykład, programów lekowych na innym poziomie finansowania, czyli droższymi lekami… To, co się dzieje w aptekach, to jedno, ale przecież fundusz refundacji składa się z leków: szpitalnych, w programach lekowych i innych, w imporcie docelowym i również w refundacji. Jeżeli nie przekroczy, to sądzę, że przynajmniej w planie finansowym taka pozycja powinna się znaleźć. Dziękuję.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Panie przewodniczący, tylko dwa zdania. Tak naprawdę, jeżeli mielibyśmy prognozować nową pozycję w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na okoliczność payback-u, to musiałaby to być pozycja przychodowa, a nie wydatkowa, bo – tak jak powiedziałem – wydatki na refundację – oczywiście zgadzając się z panem przewodniczącym w tym, co pan powiedział, że tutaj Fundusz od początku do końca nie jest kreatorem, bo minister zdrowia, po pierwsze, określa listę, a po drugie, określa także programy lekowe – są ponoszone już w danym roku. Natomiast, jeżeli okaże się, że doszło do przekroczenia i zadziała mechanizm payback-u, to ten playback będzie wyglądać w ten sposób, że jest to dofinansowanie funduszu ze środków podmiotu odpowiedzialnego, a nie odwrotnie, czyli odzyskanie części pieniędzy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze chętni do zabrania głosu? Proszę uprzejmie.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia. ja na zakończenie. ponieważ reprezentuję pion podstawowej opieki zdrowotnej, wyrażam duże zaniepokojenie planem finansowym, gdzie faktycznie spadają nakłady na podstawową opiekę zdrowotną na rok 2013.

Jak słyszeliśmy, rok 2011 zakończył się nakładami w wysokości 12,6%. Jak widzę, w planie na rok 2013, tego nakładu mamy 12,15%. Było już tu wspomniane o tym, że

ten wzrost 1,1% nie pokrywa nawet bieżącej inflacji, a więc nie ma co nawet mówić o rozwoju. Przeciwnie, spadek nakładów – jak przedstawiłam – sugeruje, że jakaś część zadań z POZ-u będzie zdjęta. Nie wiem, czy Polacy będą się tylko leczyć w szpitalach i w poradniach specjalistycznych, dlatego że te nakłady w ostatnich latach sukcesywnie spadają. Od dwóch lat mamy spadek z powyżej 13% do obecnych 12,15%. Jest to bardzo niepokojący sygnał, dlatego, że podstawowa opieka zdrowotna jest podstawą systemu. Zresztą to tu – może poza wyjątkiem Warszawy – nie ma kolejek, pacjenci są przyjmowani na bieżąco. To tu pacjenci są przetrzymywani i leczeni wtedy, kiedy są odległe miejsca w kolejkach do poradni specjalistycznych i leczenia szpitalnego. Jako reprezentanci podstawowej opieka zdrowotnej wyrażamy zaniepokojenie takim kierunkiem zmian w planie finansowym, tym bardziej, że jest problem, który poruszaliśmy wielokrotnie – również kilka tygodni temu, w czerwcu, na spotkaniu tutaj z państwem parlamentarzystami z okazji 20-lecia medycyny rodzinnej, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, czyli tak zwanego programu senioralnego – polityki senioralnej. To podstawowa opieka zdrowotna będzie przejmować te zadania. To podstawowa opieka zdrowotna musi zabezpieczyć dostępność dla naszych pacjentów.

Dlatego zwracam się z prośbą do pani prezes o pozytywne nastawienie do podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ jej przedstawiciele siedzą cicho i pracują. Udzielamy setki milionów świadczeń, które państwo bardzo dokładnie przedstawili w sprawozdaniu za rok 2011, ale nakłady na podstawową opiekę zdrowotną na dzisiaj są niepokojące – spadek do 12,15% nakładów ogólnych przyjmujemy jako bardzo niebezpieczny, tym bardziej, że w świecie to podstawowa opieka zdrowotna jest podstawą systemu. To tutaj udziela się najwięcej świadczeń, i tutaj jest możliwość rozważenia likwidacji kolejek – a przynajmniej dużej części ich zmniejszenia – które są wszechobecne. Dlatego prosiłabym, aby podstawowa opieka zdrowotna była w polu widzenia zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia, bo patrząc na plan finansowy widzimy, że jesteśmy drudzy od końca, bo pozostała jeszcze stomatologia. Jesteśmy na przedostatnim miejscu jako podstawowa opieka zdrowotna. Zgłaszam to jako problem i niepokojącą tendencję. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie pośle, proszę króciutko, bo już kończymy. Chcielibyśmy przystąpić do przegłosowania opinii.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Wiem, że już kończymy, ale, panie przewodniczący, nie może być tak, że jednemu wolno być wolnym człowiekiem, a drugiemu nie. Zatem, w ramach równości w pojmowaniu wolności, muszę zabrać głos ad vocem – do pana ministra.

Panie ministrze, stwierdził pan, że jest pan wolnym i człowiekiem i wolno panu było wyjść, włożyć głowę między drzwi. Te drzwi oczywiście nie zostały zatrzaśnięte, i słusznie, natomiast…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Pan poseł przekroczył…

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nic na razie nie przekroczyłem. Proszę opanować emocje. Pan jako minister, panie ministrze, pełni rolę służebną wobec posłów, i panu było wolno, a mnie jako wolnemu człowiekowi już nie było wolno… Proszę więc o zachowanie właściwych proporcji. To po pierwsze. A po drugie…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Panie przewodniczący, poprosiłabym o przywołanie posła do porządku…

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Po drugie, panie przewodniczący, jeśli dobrze rejestruję, to my jeszcze siedzieliśmy, a pan, panie ministrze, już wychodził wcześniej…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie pośle, nie wyjdziemy z tego typu przepychanek. Proszę konkludować i nie prowadzić dyskusji. Będzie to możliwe w kuluarach.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze – jeszcze raz – nie może być tak, że nie ma symetrii w dyskusji, jeśli…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ale to nie dotyczy dyskusji. Rozumiem, że zostało przedstawione jedno stanowisko. Poseł ma możliwość przedstawienia swojego stanowisko.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ogólna konstatacja. Panie ministrze, my dostaliśmy materiały na piśmie i mogliśmy się do nich odnieść. Pan w swojej wypowiedzi, ani pani prezes, nie zmieniliście żadnej liczby. A więc, mamy informację…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Myślę, że nie ma sensu prowadzenie tu przepychanek słownych. Odpowiem pani przewodniczącej, że plan finansowy jest planem finansowym. To jest plan finansowy przedstawiony Komisji do zaopiniowania. Nie naszą rolą jest to zmieniać. My możemy tę opinię albo przyjmować, i przedstawiamy ją Ministrowi Finansów, albo odrzucać. I to wszystko, co możemy zrobić. Zdaję sobie sprawę z tego, że po to, aby Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowywał odpowiedni projekt planu finansowego na rok przyszły, musi być strategia Ministerstwa Zdrowia. ubolewam, że jej nie znam. Być może znają ją posłowie koalicji. Ja jej nie znam, w związku z tym, ni wiem, jak mają być kreowane przyszłe przepływy finansowe, bo każda nowa ustawa – a zapowiadanych jest sporo – rodzi skutki finansowe, a tak jest, że w Polsce płatnikiem generalnym w ochronie zdrowia jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Skoro nie ma wytycznych dotyczących POZ-ów, to macie 1% więcej. Dziękuję bardzo.

Proponuję, żebyśmy przyjęli lub odrzucili dwie opinie. Pierwsza, to opinia dotycząca sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r., uchwalona na posiedzeniu w dniu 25 lipca 2012 r.

Przeczytam ją: „Komisja Zdrowia, na posiedzeniu w dniu 25 lipca 2012 r., zapoznała się ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011. Komisja Zdrowia, na podstawie art. 130 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie opiniuje przedstawione sprawozdanie".

Kto jest za taką opinią – za przyjęciem sprawozdania? Proszę o podniesienie ręki. Dziękuję bardzo. Kto jest przeciwnego zdania? Dziękuję bardzo. Kto się wstrzymał od głosu? Proszę o podanie wyniku.

Głosowało 27 posłów – nikt się nie wstrzymał od głosu, za było 18, przeciw 9. Stwierdzam, że opinia dotycząca sprawozdania zostanie pozytywnie przedstawiona panu ministrowi finansów.

I opinia druga, dotycząca projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013, uchwalona na posiedzeniu w dniu 25 lipca 2012 r. Tekst uchwały: „Komisja Zdrowia, na posiedzeniu w dniu dzisiejszym rozpatrzyła wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 12 lipca 2012 r., dotyczący projektu planu finansowego NFZ-u na 2013 r. Komisja, zgodnie z art. 121 ust. 1 pkt 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie opiniuje projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013, przedstawiony we wniosku".

Kto jest za pozytywnym zaopiniowaniem planu finansowego NFZ-u na rok 2013? Dziękuję bardzo. Kto jest przeciwny? Dziękuję bardzo. Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że głosowało 27 posłów – za było 18, przeciw 9, nikt nie wstrzymał się od głosu. Komisja pozytywnie opiniuje projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na przyszły rok. Dziękuję. Kończę posiedzenie Komisji.